**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LUCIANA CORDEIRO

**FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA O
DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS DE ATENÇÃO BÁSICA
RELATIVAS AO CONSUMO PREJUDICIAL DE DROGAS**

**SÃO PAULO
2013**

LUCIANA CORDEIRO

**FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA O
DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS DE ATENÇÃO BÁSICA
RELATIVAS AO CONSUMO PREJUDICIAL DE DROGAS**

Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção do
Título de Mestre em Ciências

Área de Concentração:
Cuidado em Saúde

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Cássia Baldini Soares

SÃO PAULO

2013

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.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Cordeiro, Luciana

Formação de agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento de práticas de atenção básica relativas ao consumo prejudicial de drogas /

Luciana Cordeiro. --São Paulo, 2013.

146 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Cássia Baldini Soares

Área de concentração: Enfermagem em saúde coletiva

1. Atenção primária à saúde 2. Educação 3. Drogas de Abuso 4. Enfermagem I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Luciana Cordeiro

Título: FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PARA O DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS DE ATENÇÃO
BÁSICA RELATIVAS AO CONSUMO PREJUDICIAL DE DROGAS

Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, à Pi e ao Ronaldo, que enfrentaram ao meu lado a tempestade que me assolou em 2012.

AGRADECIMENTOS

À incrível professora Cassia Baldini Soares que me ensinou tanto, sempre esteve presente e me deu um lugar no mundo. Agora já sei que posso continuar sendo crítica como sempre fui.

Ao Ronaldo, companheiro incentivador dos meus sonhos, que possibilitou que eu realizasse o desejo de dedicar-me inteiramente aos estudos.

Aos meus pais, fonte inesgotável de amor e apoio.

À professora Célia Maria Sivalli Campos, que acompanhou toda minha trajetória e me garantiu que tudo ficaria bem.

Ao nosso grupo de pesquisa, espaço de fortalecimento garantido nas horas difíceis e de compartilhamento dos bons momentos. Em especial à querida Helô, amiga e parceira, sem a qual eu não teria chegado até aqui; e à querida Aline, igualmente parceira e aguerrida.

À Supervisão Técnica de Vila Prudente/Sapopemba, aos gerentes, ex-gerentes e trabalhadores da USF Vila Renato, USF Parque Santa Madalena, USF Pastoral e USF Iguaçu, em especial aos agentes comunitários de saúde participantes desta formação, com quem aprendemos muito.

À professora Simone Monteiro, pelas contribuições no exame de qualificação.

Ao professor David Tripp, sempre muito solícito e rigoroso.
Encontramos nele mais um amigo.

À querida Lara, que me incentivou e me ajudou muito no ingresso da pós e também na finalização da dissertação.

Ao grupo PDV, que me traz tantas alegrias. Em especial à Ori, amiga sensível e disponível, que me amparou por inúmeras vezes.

À Má, Bu e Ana, por toda amizade e admiração mútua.

À adorável e essencial Patrícia, meu porto-seguro, sempre tão profissional, dedicada e amável.

Ao CNPq, que fomentou nossa pesquisa por meio do Edital Universal 2010.

“O conhecimento exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer uma ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica em invenção e em reinvenção”.

Paulo Freire

Cordeiro L. Formação de Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de práticas de Atenção Básica relativas ao consumo prejudicial de drogas. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

Esta investigação toma como objeto o desenvolvimento de recursos teórico-práticos dos trabalhadores da saúde na atenção básica (AB), particularmente os agentes comunitários de saúde (ACS), para lidar com problemas relativos ao consumo de drogas dos moradores da área de abrangência de Unidades de Saúde da Família (USF). As práticas da AB voltadas para a problemática das drogas constituem preocupação de toda equipe de saúde. Os ACS são particularmente afetados porque se deparam cotidianamente com situações muito próximas diante das quais se sentem despreparados, o que ocasiona frustração e desgaste. A partir da orientação paradigmática da redução de danos e dos pressupostos da educação emancipatória, o objetivo geral desta investigação foi construir um arcabouço teórico-metodológico e operacional para conduzir a formação de trabalhadores sobre drogas da AB. Trata-se de uma pesquisa-ação emancipatória, que contou com 18 ACS de quatro USF do distrito de Sapopemba, município de São Paulo. Foram realizadas 9 oficinas de educação sobre drogas e mais 6, para elaboração de material de apoio. Os dados foram analisados a partir de duas categorias de análise: 1) a **unidade objeto-sujeito**, conforme tomada pelas práticas em saúde da AB relacionadas ao consumo prejudicial de drogas e 2) o **processo de trabalho**, que se processa na AB e em que participa o ACS. Os resultados foram organizados em dois temas, que expressam a avaliação do processo educativo realizado: transformação das concepções sobre drogas e usuários de drogas; transformação nas práticas de trabalho do ACS envolvendo o consumo prejudicial de drogas. Pode-se afirmar, a partir dos resultados obtidos, que as concepções sobre drogas e sobre usuários de drogas se transformaram no sentido de agregar elementos sociais na cadeia de determinação do consumo prejudicial de drogas, e de desculpabilizar os usuários e suas famílias. Mecanismos ideológicos, como os que estão na base do processo de construção social de "bodes-expiatórios". face ao problema do consumo de drogas, foram descortinados. Coerentemente, as propostas de práticas a serem adotadas no espaço da AB pelos ACS também se modificaram para agregar elementos da dinâmica social nos territórios de atuação da AB e ao mesmo tempo para rever o fardo da frustração frente às práticas adotadas até então. Contradições encontradas no trabalho e na vida dos ACS também foram discutidas na sua essência. Os ACS mostraram que suas práticas são políticas e como tal devem estimular o engajamento sócio-político, o movimento social, e a reflexão acerca dos determinantes sociais do consumo prejudicial de

drogas, para que as necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais sejam reivindicadas. Para dar fechamento ao processo de pesquisa-ação, elaborou-se o caderno de trabalho do ACS, com a contribuição de todos os participantes. Considera-se que os procedimentos teórico-metodológicos adotados: foram essenciais na transformação das concepções sobre drogas e usuários de drogas e das práticas envolvendo o consumo prejudicial de drogas; compuseram o alicerce para a proposição de práticas críticas na área de drogas na AB. Dessa forma, é possível afirmar que esta é uma formação essencial aos trabalhadores da AB.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Educação; Abuso de Drogas, Enfermagem.

Cordeiro L. Education of community health workers for the development of primary health care practices addressing harmful drug consumption. [dissertation]. São Paulo: School of Nursing of the University of São Paulo; 2013.

ABSTRACT

This investigation takes as its object the development of theoretical and practical resources for health workers in primary health care (PHC), particularly community health workers (CHW), to address drug consumption problems of residents of the catchment areas of Family Health Units (FHU). The health care team is concerned with PHC practices addressing drug consumption. CHW are particularly affected as they are close to daily problematic situations for which they feel unprepared, leading to frustration and debility. Considering the harm reduction paradigm and the emancipatory education prerogatives, this investigation aims to build a theoretical-methodological and operational framework to conduct education on drugs for PHC workers. This is an emancipatory action research, which included 18 CHW from four FHU of Sapopemba, a district of São Paulo. Nine workshops were conducted regarding drug subjects followed by six others, to elaborate a guide for CHW. Data were analyzed through two analytical categories 1) object-subject unity, as taken by PHC practices related to harmful drug consumption and 2) work process, in PHC in which CHW take part. The results were organized in two themes which express the evaluation of the educational process conducted: transformations in the conceptions of drug and drug users; transformations of working practices of CHW involving problematic drug consumption. It can be stated from the results that participants changed their conceptions about drug and drug users by aggregating social elements into the chain of determination of harmful consumption of drugs. They also relieved the responsibility for drug misuse from users and their families. Ideological mechanisms such as those that underlie the process of social construction of 'scapegoats' to address the problem of drug use were unveiled. Coherently, the proposed practices to be adopted in PHC were transformed as well, to adding elements of social dynamics of the territories where CHW operate. At the same time, they review their frustration considering the practices adopted before the educational process. Perceived contradiction in everyday living and working were discussed in its essence as well. At the end of the process CHW showed that their practices are political, therefore they must stimulate social and political engagement, social movement and reflection on the social determinants of the harmful drug consumption. Health needs of different social groups should be claimed as a result of this political process. To enclose the action research process, we collectively elaborated a CHW working guide, with the contribution of all participants involved. It is considered that the methodological procedures adopted were essential in transforming conceptions about drugs and drug users, as well as the

practices involving harmful drug consumption. They composed the foundation for the critical practices propositions in PHC. Thus, we can affirm that this is an essential education for PHC workers.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Program, Community Health Workers, Education, Drug abuse, Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização dos ACS participantes da pesquisa..	50
Quadro 2	Temas, objetivos e estratégias utilizadas no processo educativo.....	62
Quadro 3	Objetivos e estratégias das oficinas da segunda etapa.....	74
Quadro 4	Categorias de Análise e Categorias Empíricas utilizada na análise dos resultados.....	87

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMA	Assistências Médicas Ambulatoriais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIA	Central Intelligence Agency
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
MJ	Ministério da Justiça
MS	Ministério da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organizações Sociais
PA	Pesquisa-Ação
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIH	Pedagogia Histórico Crítica
PIB	Produto Interno Bruto
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
PSF	Programa de Saúde da Família
RD	Redução de Danos
SECONCI	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo
SENAD	Secretaria Nacional sobre Drogas
SPDM	Sociedade Paulista para o desenvolvimento da Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
1.2 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO SOBRE DROGAS	21
2 MARCO TEÓRICO	29
2.1 EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA	29
2.2 A DROGA COMO MERCADORIA	31
2.3 O PARADIGMA DA REDUÇÃO DE DANOS COMO FUNDAMENTO PARA EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA SOBRE DROGAS	37
3 OBJETIVO E FINALIDADE	41
3.1 OBJETIVO GERAL	41
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
3.3 FINALIDADE	42
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
4.1 TIPO DE PESQUISA	43
4.2 LOCAL DO ESTUDO	48
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	50
4.4 COLETA DE DADOS: O PROCESSO DAS OFICINAS EMANCIPATÓRIAS	61
4.4.1 Primeira etapa: as oficinas emancipatórias	61
4.4.1.1 Descrição das Oficinas Emancipatórias	63
4.4.2 Segunda etapa: elaboração de material de apoio	73
4.4.2.1 Descrição das oficinas da segunda etapa	75
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	86
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	88
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	89
5.1 TRANSFORMAÇÕES NAS CONCEPÇÕES SOBRE DROGAS E USUÁRIOS DE DROGAS	89
5.1.1 Categorias I e II: Abstenção das drogas e Autonomia e Responsabilização Individual	89
5.1.2 Categoria III: Uso tolerável de drogas	92
5.1.3 Categoria IV: Uso de drogas como risco social	Erro! Indicador não definido.
5.1.4 Categoria V: Mercadorização das drogas	95
5.1 TRANSFORMAÇÕES NAS PRÁTICAS DE TRABALHO DO ACS ENVOLVENDO O CONSUMO PREJUDICIAL DE DROGAS	98
6 DISCUSSÃO	107
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS	129
APÊNDICES	143
APÊNDICE A	143
APÊNDICE B	145
APÊNDICE C	148
ANEXO A	149

APRESENTAÇÃO

Desde a graduação – sou graduada em Terapia Ocupacional - tinha interesse em dar continuidade à minha formação acadêmica. Passei por diversos grupos de pesquisa e mais uma universidade antes de encontrar o grupo “Fortalecimento e desgaste no trabalho e na vida: bases para intervenções em Saúde Coletiva” da Escola de Enfermagem da USP.

Em 2006, na especialização em Saúde Mental, tive certeza que esse seria meu campo de atuação. Atuei por quatro anos em clínica de atenção a psicoses na rede privada de atenção à saúde e a partir de 2010 fiz parte da equipe de um Caps álcool e outras drogas. O trabalho no Caps exige a construção de redes intersetoriais, sendo que em Sapopemba, território onde eu estava atuando, participação em reuniões externas à unidade é prática comum. Dentre as atividades externas que participei, uma reunião na USF Parque Santa Madalena me chamou atenção. Tratava-se de uma unidade pequena, localizada nas proximidades de uma área extremamente pobre, chamada de “buraco da Madalena”. Visitei o local com uma ACS e presenciei pobreza, desemprego, falta de acesso e uso de drogas. Naquele dia conversei bastante com a ACS, que sinalizou a dificuldade no enfrentamento do uso prejudicial de drogas e a falta de formação dos profissionais da USF nessa área.

Quando procurei a professora Cassia na universidade a fim de sugerir como tema de dissertação de mestrado a capacitação de ACS em drogas, eu ainda não fazia parte do grupo de pesquisa, mas fui muito bem acolhida. Acertamos a terminologia que empreguei na proposta de investigação, que mais tarde percebi se tratar do referencial teórico, e a formação do ACS para o desenvolvimento de práticas de enfrentamento do consumo prejudicial de drogas passou a ser meu projeto de pesquisa. Iniciei a participação no grupo de

pesquisa e, para minha surpresa e alegria, em um mês estava oficialmente na pós graduação.

Durante a formação na graduação e todo o tempo de formada eu tinha como base para minha prática os fundamentos da saúde pública, da psiquiatria e da psicodinâmica. Percebia que esses conhecimentos pouco davam conta dos problemas apresentados pelos pacientes, principalmente dos que faziam uso de drogas. A atenção e o tratamento na clínica se baseiam na compreensão dinâmica dos comportamentos do sujeito, em seu auto conhecimento e do reconhecimento de situações desvantajosas. A partir disso, propõe-se a construção de alternativas de mudança de comportamento para que o sujeito se abstenha do uso de drogas e seja inserido no meio social. Nessa perspectiva, eu obtinha pouquíssimos resultados animadores.

Sempre fui exigente e crítica, e sentia que aquelas práticas eram insuficientes para o enfrentamento dos problemas trazidos pelos pacientes. Eu não sabia que existia um campo de conhecimento que ia ao encontro da minha visão de mundo, mas na pós graduação conheci a Saúde Coletiva, o que me possibilitou o aprofundamento das questões encontradas na clínica. Precisei entrar em contato com a discussão política, econômica e social da saúde. Antes de conhecer o grupo, minha concepção era a de que a saúde tinha caráter biopsicossocial. Não imaginava que compreender as raízes dos problemas fosse me trazer tanto prazer e satisfação, levando inclusive a me afastar da clínica. Durante toda minha vida ouvi que eu “nadava contra a maré” e que “dava soco em ponta de faca”, e, finalmente, encontrei na Saúde Coletiva e nesse grupo, um lugar, além de pessoas com quem posso dialogar e aprender muito.

Na primeira aula da pós graduação, professora Cassia disse que os alunos entram muito ingênuos no mestrado, e aquelas palavras me trouxeram conforto, já que me sentia exatamente daquela forma. Três anos se passaram e parece que foram dez.

Meu mestrado foi atravessado por um ano de doença grave, o que me aproximou ainda mais das professoras do grupo. Durante meu tratamento, o desejo de concluir minha investigação e de conhecer mais o mundo me deu forças para seguir em frente mesmo diante de tanto sofrimento.

Sinto que estou completamente transformada; me dei conta que o referencial teórico da Saúde Coletiva me alimenta e me faz acreditar que o trabalho que desenvolvemos não é em vão, e que tem como finalidade o bem comum. Aprendi como ser ainda mais ética, mais rigorosa e mais “humana”. A Saúde Coletiva me dá bases para ter compreensão crítica da realidade e para que eu possa continuar a ser o que sempre fui, sem precisar me “ajustar” ao mundo.

O mestrado me abriu portas para fazer educação em saúde e formação de trabalhadores, o que tem sido muito gratificante. Está nos meus planos continuar fazendo parte do grupo de pesquisa e seguir a carreira acadêmica. É ótimo ter encontrado meu lugar.

1 INTRODUÇÃO

Esta investigação toma como objeto o desenvolvimento de recursos teórico-práticos dos trabalhadores da saúde na atenção básica, particularmente os agentes comunitários de saúde (ACS), para lidar com problemas relativos ao consumo de drogas dos moradores da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF)¹.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), antes denominada Programa Saúde da Família (PSF), é reconhecida pelos órgãos oficiais de saúde brasileiros como o principal modelo de atenção básica (AB) (Brasil, 2007). Mesmo diante de suas limitações esse modelo trouxe para a área da saúde, especialmente nos grandes centros urbanos, problemas que se encontravam praticamente fora do escopo da AB tradicional. Mendes (2012), em relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), compila os problemas que constroem o desenvolvimento do PSF relacionando-os ao esgotamento do ciclo da Atenção Primária à Saúde² (APS):

- “concepção de APS como atenção de baixa densidade tecnológica, prestada a regiões e a pessoas pobres” (Mendes, 2012, p. 89);

¹ A pesquisa foi financiada pelo CNPq, Processo 478267/2010-0 - Edital MCT/CNPq 14/2010 - Universal

² “No Brasil, nos anos noventa, a concepção de APS [...] foi renovada. Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde baseada na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, para diferenciar-se da concepção seletiva de APS, passou-se a usar o termo atenção básica em saúde, definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. O Saúde da Família, inicialmente voltado à extensão de cobertura, com foco em áreas de maior risco social e implantado a partir de 1994 como um programa paralelo ‘limitado, bom para os pobres e pobre como eles’, aos poucos adquiriu centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais” (Giovannella et al. 2009). Por esse motivo, nessa investigação utilizaremos o termo “Atenção Básica em Saúde”.

- baixa valorização política (o PSF representa baixo valor simbólico), econômica (a APS agrega pequeno valor econômico a atores sociais de grande peso na arena sanitária) e social (pouco reconhecimento dos profissionais da APS em comparação ao reconhecimento dos especialistas) do PSF;
- disposição de poucos recursos de poder e pouca visibilidade política e social do lugar institucional da APS nas diferentes organizações do SUS;
- carência de infraestrutura adequada;
- visão equivocada de que a APS seja menos complexa do que os cuidados ditos de média e alta complexidades, culminando na operacionalização do PSF com baixa densidade tecnológica; fragilidade do sistema de apoio diagnóstico, apesar de não haver subfinanciamento desses sistemas;
- carência de equipes multiprofissionais (a demanda da população baseia-se na consulta médica de curta duração, no entanto essa abordagem como único recurso na APS não responde às necessidades das condições crônicas de saúde, o que determina a necessidade de profissionais de outras especialidades no PSF);
- fragilidade dos sistemas de informação clínica, dificultando o manejo das condições agudas e crônicas;
- problemas gerenciais, como inadequação do processo de territorialização, fragilidade regulatória, ausência de gestão da clínica e baixa profissionalização dos gestores; fragilidade e, por vezes, inexistência do controle social;
- problemas educacionais localizados nas graduações e pós graduações, já que os profissionais de saúde não são formados para prestar cuidados à saúde da família;
- precarização dos vínculos empregatícios e salários baixos dos profissionais do PSF;

- fragilidade e fragmentação dos modelos de assistência à saúde, particularmente em relação aos eventos agudos;
- subfinanciamento do SUS, além da ineficiência alocativa e iniquidade na distribuição dos recursos financeiros.

De fato, avaliações do desenvolvimento da atenção básica pela ESF continuamente discutem ampla diversidade de problemas. Pode-se observar, dentre outras críticas, que a enfermagem e a equipe de saúde como um todo, mesmo em sua nova conformação, mostram valer-se de práticas tradicionais de saúde pública, baseadas em tecnologias que correspondem aos chamados níveis de prevenção, elementos pertencentes à perspectiva multifatorial de saúde-doença (Soares, 2007). Ademais, reproduz-se o modelo centrado no médico, com as equipes enfrentando limitações importantes para a elaboração de projetos intersetoriais que busquem ação sobre determinantes do processo saúde-doença (Mitri, Andrade, Cotta, 2012; Sousa, 2008).

Em revisão da literatura, levando em consideração as publicações de 1989 a 2009, Mitri, Andrade e Cotta (2012) levantaram os avanços e desafios discutidos na AB brasileira. Os achados foram categorizados nos seguintes temas: acesso; redes integradas, modelo assistencial; protocolos-critérios de risco; educação permanente; organização do trabalho; ambiência; tecnologia-informática. Todas as categorias apresentaram desafios, mas nem todas realizaram avanços. Alguns dos desafios encontrados dizem respeito à dificuldade de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) e de comunicação entre as dimensões de complexidade em saúde, também encontrada por Vieira, Garnelo e Hortale (2010); condutas baseadas na queixa e pouco espaço para educação em saúde/prevenção; desvalorização do saber e da cultura do usuário e frequente culpabilização deste, em função do despreparo dos profissionais da AB; formação precária dos profissionais; sobrecarga de trabalho, cansaço e estresse dos trabalhadores; fragmentação do trabalho e ausência de participação

dos profissionais acerca das decisões da unidade; realização de reuniões informativas, que dispensam espaços para discussão e reflexão sobre o trabalho; espaço físico da unidade insatisfatório; burocratização e longo tempo de espera por atendimentos.

Problemas referentes aos vínculos empregatícios e à saúde dos trabalhadores da ESF também têm sido referidos na literatura. Mendonça et al. (2010) afirmam que há irregularidade na contratação de recursos humanos na saúde, representada pelo elevado número de trabalhadores com vínculos trabalhistas distribuídos por diversas entidades contratantes (Vieira, Garnelo, Hortale, 2010), tendência observada nos anos 90 e vigente até os dias atuais. A referida precarização do trabalho, também observada no trabalho de Mitri, Andrade e Cotta (2012), impacta na eficácia e eficiência das propostas e projetos institucionais, devido à dificuldade de manter a educação permanente dos profissionais, os quais não se mantêm nos serviços por longo tempo. Lacaz et al. (2013) apontam que, apesar do Ministério da Saúde mostrar preocupação acerca da saúde do trabalhador tanto na Política Nacional de Saúde do Trabalhador (2012) quanto nos Cadernos de Atenção Básica (2002), tais políticas não foram institucionalizadas. O que se encontra na base disso é a falta de clareza teórico-metodológica, e o resultado é a ausência de práticas na AB voltadas à saúde dos trabalhadores.

É necessário compreender que essas dificuldades e problemas não se estão relacionadas a decisões arbitrárias e/ou equivocadas de Estado e de governo, mas obedecem a uma lógica. O modelo atual da AB no Brasil sofreu desenvolvimentos importantes em relação ao modelo tradicional, porém foi construído sob forte contexto neoliberal, o que o caracterizou por organizar-se em torno de premissas neoliberais, como o atendimento de necessidades específicas, determinadas em âmbito central de definição de políticas de saúde através de definição de prioridades da gestão. Com características focalizadas voltou-se para grupos

das classes subalternas com pouca possibilidade de comprar a assistência à saúde no mercado (via planos privados), como se o SUS se constituísse num sistema para pobres. Dessa forma, a AB e particularmente a ESF acabou por se constituir em mecanismo que consubstancializa a substituição do direito universal à saúde pela atenção às necessidades e carências de grupos que vivem em bairros pobres ou bolsões de pobreza (Calipo, 2002).

Dessa forma, os princípios e diretrizes do SUS ficam ameaçados também no âmbito da AB, visto que não se garante a universalidade do acesso à saúde, e em última instância a própria Constituição brasileira que considera a saúde um direito de todos os cidadão se um dever do Estado. Além disso, a estruturação da AB a partir de programas que não consideram as realidades locais acaba por despolitizar os serviços de saúde e a população que faz uso do mesmo, pois estes deixam de conhecer a realidade local, refletir sobre ela e construir coletivamente ações voltadas às necessidades dos diferentes grupos sociais.

Entendendo que a política passa a ser “coisa de especialista” e as decisões políticas passam a ser daqueles que detêm o conhecimento, “O Ministério da Saúde através da Secretaria de Ações de Saúde (órgão técnico do governo) elabora programas (PSF e PACS) e toma a decisão política de implantá-los em todos os municípios do Brasil” (Calipo, 200, p.114). Os cidadãos não se sentem competentes suficientemente para questionar as soluções dos especialistas. Apesar da Constituição Federal de 1988 garantir na lei a universalidade de direitos, na prática não houve mudança significativa na desigualdade social e em ganhos materiais para a população (Bravo, Menezes, 2013). Os espaços de debate político em defesa da saúde estão restritos aos Conselhos e Conferências de Saúde que cada vez mais se configuram como órgãos formais de participação popular, estando cada vez mais esvaziados.

As entidades da sociedade civil não têm conseguido uma defesa mais articulada da saúde [...] O movimento popular [...] tem se concentrado

nas reivindicações locais por políticas setorizadas [...] as entidades da sociedade civil têm substituído as lutas coletivas por lutas corporativas restritas a grupos de interesses. Essa concepção está de acordo com o ideário das classes dominantes, cuja perspectiva é a americanização da sociedade brasileira, neutralizando os processos de resistência com a utilização de estratégias persuasivas, obrigando os trabalhadores a uma prática política defensiva. O projeto coletivo, cuja construção iniciou-se na década de 1980, tem sido questionado e substituído pelo projeto corporativo, que procura neutralizar a objetividade da ordem burguesa (Bravo, Menezes, 2013, p.62-3).

A população, por meio dos equipamentos de saúde, apenas recebe do Estado o que este (influenciado pelos interesses capitalistas de organismos internacionais) define como prioritário e necessário (Bravo, Menezes, 2013; Campos, Mishima, 2005; Calipo, 2002).

As ações desenvolvidas na AB são criticadas por Soares (2007), que, como outros que discutem a presença do neoliberalismo na saúde, as considera parte de um “pacote mínimo” de ações, definido por organismos internacionais (como FMI e Banco Mundial), que emprestam dinheiro para o país se este se comprometer a gastar o mínimo possível com políticas sociais (incluindo aí a área da saúde). São esses organismos que determinam onde e como o dinheiro deverá ser investido. São eles também que definem o que será contemplado neste “pacote mínimo” da saúde. Com isso torna-se precária e/ou inexistente a assistência a grupos que não se enquadram nas populações definidas como prioritárias por estes pacotes. Exemplo disso é a assistência aos usuários de drogas.

O consumo prejudicial de drogas não recebe tratamento diferente daqueles dos demais problemas de saúde na AB, com o agravante trazido por forte julgamento moral, posições de senso comum, que ajudam a marginalizar o usuário de drogas, afastando-o das instituições sociais que são referência para moradores dos territórios adscritos ou adjacentes. As equipes de saúde ainda têm muitas dificuldades em lidar com essa questão e estão pouco ou equivocadamente capacitados para a prestação de cuidados à saúde aos usuários de drogas, especialmente na AB.

Em parte, o que configura esse quadro é a explicação que circula na sociedade em geral, inclusive entre os profissionais de saúde, sobre o consumo de drogas, que reproduz a ideologia dominante permeada por interesses político-econômicos (Coelho, 2012). Ainda, a formação desses profissionais está pautada em conhecimentos técnicos e clínicos – no caso das drogas, nos campos de conhecimento da psiquiatria e da farmacologia (Soares, 2007) – insuficientes ou inadequados para se lidar com fenômenos complexos como o consumo de drogas (Coelho, 2012).

Esse contexto se agrava na medida em que não há espaços de discussão acerca das necessidades de saúde da população e do processo de trabalho em saúde, produzindo práticas simplistas na área de drogas, que pouco contribuem para a saúde dos usuários e que não atingem os determinantes sociais do processo saúde-doença (Coelho, 2012).

Nos últimos anos o debate no campo das políticas públicas de atenção ao usuário de drogas vem se ampliando, haja vista as movimentações e ações relacionadas à questão das drogas. A partir de 2002 o debate sobre drogas vem ganhando espaço político na arena de disputa do Estado, sendo que antes as discussões estavam concentradas nos movimentos sociais e na luta por direitos humanos.

Em 2003 o Ministério da Saúde (MS) editou o texto da Política de Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas e em 2005 o Ministério da Justiça, representado pela Secretaria Nacional sobre Drogas, SENAD, lançou a Política Nacional sobre Drogas (Coelho et al., 2012). Da mesma forma, em 2006 a lei sobre drogas brasileira datada de 1976, cujo projeto já tinha sido apresentado em 2002, foi revista e atualizada (Karam, 2008). Ainda no que tange à legislação, recentemente, em maio de 2013, o projeto de lei nº 7663 proposto, de caráter notadamente antiproibicionista, foi votado e aprovado, causando nova onda de discussões sobre o tema.

Soma-se às políticas públicas tendenciosas, que reforçam as formulações da guerra às drogas, o plano nacional de enfrentamento às drogas, “Crack: é possível vencer” de 2012 (Brasil, 2012) e o alarde midiático acerca da questão das drogas, que vem se ampliando a partir de 2010 (Nappo, 2012).

Apesar dos extensos debates e discussões concernentes ao fenômeno do consumo de drogas em diferentes esferas da sociedade, a área de educação sobre drogas ainda se mostra insuficiente e precária, não apenas no Brasil, mas no mundo todo. Profissionais da saúde, educação, assistência e autoridades não recebem formação qualificada para lidar com a problemática das drogas.

1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Apresenta-se a seguir a análise dos trabalhos encontrados a partir de levantamento bibliográfico, que rastreou estudos que tratam das concepções e métodos acerca da educação sobre drogas no Brasil e outros países. As bases de dados utilizadas foram Medline (de 1997 a 2013) e Lilacs (sem restrição de data) e o portal Scielo (sem restrição de data). Os seguintes descritores foram utilizados: drogas de abuso e competência clínica; conhecimentos, atitudes e práticas em saúde e drogas de abuso; drogas de abuso e equipe interdisciplinar de saúde; atenção primária à saúde e transtornos relacionados ao uso de substâncias; educação continuada e transtornos relacionados ao uso de substâncias; PSF e drogas de abuso.

Independentemente da qualidade, relevância ou abrangência da formação proposta, uma parte relevante dessa literatura tinha como objetivo discutir formas de sensibilização na educação de profissionais que lidam com usuários de drogas (Tranetal, 2009; Alford et al, 2009; Hettema et al.2009; Rassool , Rawaf, 2008a; Rassool , Rawaf, 2008b; Ballon, Skinner, 2008; Midfor et al, 2005;

Graham, 2004; Erickson, 2003; Gonçalves, 2002; Matthews, 2002; Amodeu, 2000; Siegal et al., 2000). Outra parte importante dos estudos concluiu que há necessidade de formação e treinamento desses profissionais que se encontram pouco aptos a lidar com o problema (Chambers et al., 2010; Anderson, 2009; Van Hook, 2007; Matthews et al., 2006; Tang, 2005; Carraro et al., 2005; Fucito et al., 2003; McKeown, 2003; Friedmann, 2001).

Ainda, diferentes estudos dedicam-se a medir a incidência do uso de drogas em determinadas populações, especialmente em adolescentes (Haddad et al, 2010; Ozechowski, Waldron, 2010; Souza et al, 2007), sem no entanto levantar hipóteses quanto às necessidades de saúde desses usuários.

Mais um tema relevante dentre as publicações foi a urgência de estudos em relação às formas de se lidar com a questão das drogas tanto para medir a incidência do uso na população quanto para a realização de prevenção e educação com qualidade (Lev-Ran et al., 2013; Peh, Lim, Winslow, 2012; Anderson, 2009; Rosenstock, Neves, 2010; Ballon e Skinner, 2008; Rassool e Rawaf, 2008; Rakvin et al., 2007; Van Hook, 2007; Barros e Pillon, 2007; Barros e Pillon, 2006; Rassool et al., 2006; Midford et al., 2005; De Micheli et al., 2004; Fucito et al., 2003; Friedmann, 2001).

Um estudo apontou que em média 80% dos cursos de odontologia dos Estados Unidos e Canadá abordam o tema das drogas, no entanto apenas as substâncias legais (álcool, tabaco e psicotrópicos) são referidas nos currículos, sendo que a única relação com a droga abordada é a de dependência (Huggett, 2011).

A partir de 2011 nota-se relevante número de iniciativas de formação de profissionais da saúde para o problema de álcool (Brumby et al., 2011) e outras drogas. A educação formal sobre drogas na área médica é, notadamente, realizada pela psiquiatria através de treinamento e protocolos de avaliação e tratamento padronizados (Rasyidi, Wilkins, Danovitch, 2012). Especialmente nos Estados Unidos, houve a implementação de programas de

treinamento para residentes de medicina, com base no protocolo Screening, Brief Intervention, Referral and Treatment, SBIRT. Com esse treinamento os residentes são capacitados a diagnosticar, fazer intervenção breve e encaminhar dependentes químicos ou abusadores de substâncias para tratamentos específicos (Marshall et al., 2012; Muench et al., 2012; Pringle, 2012; Scott et al., 2012; Satterfield et al., 2012; Tanner et al., 2012; Stein et al., 2011). Nos mesmos moldes, um curso optativo foi inserido no currículo da graduação do curso de medicina, também nos Estados Unidos (Neufeld et al., 2012).

Brown et al.(2013) observam que a maioria dos cursos de graduação e residência em medicina nos Estados Unidos não abordam a questão da dependência de drogas. Propuseram, então, um novo currículo que abordasse essa questão para alunos em internato e residentes em medicina. Ao final do curso, os autores concluíram que é possível melhorar o conhecimento dos alunos e residentes de medicina, já que houve significativa apreensão de conhecimentos a partir dessa iniciativa. Satterfield et al. (2012) e Tanner et al. (2012) também mostraram que houve aperfeiçoamento nas intervenções dos residentes que receberam treinamento para atender pessoas que fazem uso problemático de drogas.

A menor parte dos estudos (Büchele et al., 2009; Soares et al., 2009; Martini e Furegato, 2008; Soares e Jacobi, 2000; Soares et al., 1999) sugeriu que há necessidade de elaboração de programas de prevenção de drogas considerando as necessidades locais e de debates acerca das políticas públicas, além de discussões organizadas pela população neste sentido.

Destacam-se a seguir alguns trabalhos nacionais e internacionais por ordem cronológica de publicação, mostrando as contribuições que trazem acerca da formação de profissionais da saúde e educadores na área de drogas. Contextualizam a precariedade da situação da formação dos trabalhadores desde os anos 80, que revelou poucos avanços. Tratam também da realização

de práticas efetivas de educação em saúde, tanto na área da saúde mental quanto na área de drogas.

Ewan e Whait (1982) discutem a necessidade de educar adequadamente os profissionais de saúde para a questão das drogas para mudar suas atitudes, a fim de melhorar a interação com os usuários. Citam que a necessidade de formação de profissionais para essa questão é amplamente atestada desde a década de 70. Fazem uma revisão dos programas de treinamento em drogas englobando oito países, divididos em quatro categorias: professores da área da saúde, estudantes de medicina, enfermeiros e estudantes de enfermagem, outros profissionais da saúde. Fazem uma crítica aos programas citados, uma vez que consideram haver falta de consenso e objetivos claros para os treinamentos, que variam de acordo com a filosofia da direção dos cursos.

Roche (1998) dimensiona a questão da formação dos profissionais de saúde partindo da ampla preocupação mundial com a questão das drogas e com a premissa de que muitos problemas relacionados ao consumo são passíveis de serem prevenidos e tratados. Afirma que apesar do assunto ser negligenciado nos programas de treinamento, mesmo havendo necessidade e pressão para que atenções se voltem para a temática, é urgente que os profissionais de saúde tenham formação para lidar com a questão, sendo a primeira estratégia para isso a construção de discurso menos negativo acerca de álcool e drogas. Apesar da interdependência dos processos, diferencia treinamento e educação, sendo o primeiro definido como aquisição de informação e o segundo como compreensão do fenômeno a partir de análise referenciada, o que permitiria ampliar a perspectiva sobre determinado assunto. Sugere que todos os trabalhadores da saúde sejam educados na temática, e que também cidadãos de outras áreas (policiais, professores, trabalhadores de creches, religiosos, prostitutas, etc) poderiam se beneficiar especialmente para atuar conjuntamente nas estratégias de redução de danos. Propõe um

debate sobre os fundamentos e estratégias que deveriam apoiar essa educação (desenvolvimento sistemático de apropriação de conhecimento, atitude e habilidades). Na sua avaliação se faz necessário definir realização nesse campo para que se saiba avaliar se o que está sendo desenvolvido atende às demandas contemporâneas. Conclui também que a eficácia dos programas de educação dependem de fatores de logística como acessibilidade geográfica e de tempo, apropriação do conteúdo, educadores capacitados e treinados, aquisição do conhecimento adequado e possibilidade de sustentação dos programas.

Um estudo na Austrália (Pinikahana et al., 2002) revelou a atitude dos profissionais de saúde frente a usuários de drogas e substâncias de abuso a partir da aplicação de um instrumento (Substance Use and Mental Illness Treatment Team – SUMITT) contendo questões acerca de conhecimento, habilidades, atitudes e práticas para essa questão em médicos da saúde mental a fim de desenvolver um currículo adequado para médicos. De acordo com resultados obtidos, as atitudes dos médicos são, em sua maioria, positivas em relação aos usuários de álcool e drogas. Porém não concordam com a permissividade do uso de drogas e são contrários à legalização da maconha e experimentação desta por jovens. A maioria acredita que a dependência química é uma doença tratável e não apresenta atitudes discriminatórias para com os usuários.

De acordo com esta revisão, é possível afirmar que a formação sobre drogas para trabalhadores da saúde e educadores ocorre a partir de diferentes visões de mundo e experiências.

Dessa forma, os projetos de prevenção desenvolvidos na prática, no caso brasileiro, são raramente os que “buscam problematizar o consumo de drogas e levar a uma reflexão crítica, desmistificando o mal da droga em si e auxiliando na tomada de decisão segura, sadia e informada, de acordo com o contexto” (Canoletti, Soares, 2004, p. 126). Prevalecem métodos tradicionais de palestras ministradas principalmente por agentes extra-escolares

como médicos e policiais, que tratam a informação como subsídio único para a educação sobre drogas (Canoletti, Soares, 2004).

A discussão sobre os desafios da educação sobre drogas foi ampliada por meio da divulgação da experiência do projeto de Monteiro et al., 2008. Com o objetivo de promover o desenvolvimento de programas educativos sobre drogas, em contextos formais e não formais, o programa visou um público-alvo formado por um grupo de educadores vinculados a organizações não-governamentais do Rio de Janeiro, que realizam intervenções voltadas para crianças e jovens de baixo poder aquisitivo, apoiadas pelo Instituto C&A de Desenvolvimento Social. O programa de educação sobre drogas foi organizado em três etapas: oficinas de formação dos educadores; acompanhamento das atividades implementadas; distribuição de materiais educativos e informativos. As autoras ressaltam o compromisso e a dedicação das equipes para a realização do programa, essenciais para a mudança de visão e reflexão sobre o problema drogas. Segundo os participantes do programa as discussões contribuíram para o aperfeiçoamento das ações e práticas educativas desenvolvidas pelas instituições e puderam adequar-se às diferentes realidades apresentadas.

A fim de contribuir para a implantação da rede de assistência em saúde mental, em 2004 a Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com o Núcleo de Estudos em Saúde Mental (NESM) da UFMT, realizou capacitação das equipes de PSF da Região Norte com todos os funcionários das unidades, inclusive com o setor administrativo de Cuiabá para atendimento a pessoas portadoras de transtorno mental (Oliveira et al, 2008). O estudo mostra que as razões para a escolha do trabalho no PSF compuseram dois grupos: condições financeiras (auxiliar de enfermagem) e trabalho diferente das experiências hospitalares vivenciadas anteriormente (médicos e enfermeiros). A possibilidade de conhecer e acompanhar a população atendida também está na base das motivações dos trabalhadores, no entanto tais afirmações dos profissionais com

cursos superiores parecem estar relacionadas a uma ideologia de maior possibilidade de controle da população e medicalização dos problemas. Para os ACS o trabalho no PSF revelou-se a única oportunidade de emprego ou a continuidade dos trabalhos voluntários ou políticos com grupos locais já iniciados anteriormente. Em relação à atuação da equipe na atenção à saúde mental, constatou-se a existência de fichas de mapeamento de transtorno mental em algumas unidades sem que houvesse desdobramento de ações em qualquer âmbito. A mesma questão foi levantada em relação à capacitação em saúde mental oferecida à equipe em 2004, ocasião em que se fomentou discussões que não puderam ser encaminhadas uma vez que não foram criados outros espaços.

Soares et al.(2009)detectaram preocupação de moradores de um bairro a respeito do envolvimento dos jovens com drogas lícitas e ilícitas, tanto no que se refere ao consumo quanto ao tráfico. Para responder a esse problema, propuseram uma parceria entre a universidade (Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP) e a USF Vila Dalva, para o desenvolvimento de um ciclo de oficinas educativas. Tendo a oficina como um “instrumento que proporciona um espaço de reflexão sobre a práxis, em que os sujeitos - agentes e coprodutores do processo educativo - participam com a finalidade de transformar a práxis reiterativa em práxis criativa” (Soares et al, 2009, p.192), o objetivo do processo educativo consistiu em sensibilizar trabalhadores das instituições sociais da região para o tema das drogas e aprimorar o conhecimento desses trabalhadores a respeito da distribuição e do consumo contemporâneo das drogas psicoativas, especialmente entre os jovens, na perspectiva da Saúde Coletiva. Concluiu-se que através das vivências houve a instrumentalização e apropriação de conceitos (consumo de drogas; culpabilização individual/familiar; superação de práticas reiterativas de reprodução da ideologia dominante; mitos, preconceitos e estereótipos a respeito do usuário; poder e efeito das drogas),

ampliando as possibilidades de análise crítica da situação em que se encontram os jovens na contemporaneidade.

Decorridos três anos do desenvolvimento dessa sensibilização, Soares et al.(2011) analisaram como os conhecimentos sobre consumo de drogas e juventude foram incorporados às práticas sociais dos participantes desse projeto educativo. Concluíram que

A prática social dos trabalhadores envolvidos no processo educativo mostrou indicativos de que o componente teórico discutido nas oficinas permaneceu e é representado a partir dos contornos próprios das formações individuais dos participantes. Sem dúvida nenhuma, para além dos conteúdos abordados, certamente reveladores da trama social mais ampla, foi marcante a vitalidade das estratégias utilizadas [...] (Soares et al., 2011, p.57).

Além disso, se evidenciou a percepção dos trabalhadores acerca da deficiência de políticas públicas para o enfrentamento de drogas pela juventude, sendo por eles avaliado que as estratégias da ESF são inadequadas e insuficientes para abordar as necessidades dessa população. Dessa forma destacaram a importância de aproximação e compreensão do problema para desenvolver práticas sociais, a partir da análise do consumo contemporâneo de drogas.

Apesar das iniciativas observadas na área de educação sobre drogas e de alguns resultados positivos nesse sentido, trata-se de uma questão controversa, que apresenta abordagens anacrônicas, confusas, fortemente baseadas em senso comum e julgamento moral.

O reflexo disso é que a política sobre drogas atual mesmo fazendo restrições a práticas conservadoras que proclamam a abstinência como única meta para o cuidado aos usuários, e apesar de citar novas formas de ação de enfrentamento do problema, ainda se voltam para o combate ao uso de drogas (mal que deve ser

abolido/exterminado), ignorando os processos sociais de saúde e doença e as necessidades dos usuários (Brasil, 2004).

As políticas públicas voltadas para usuários de drogas vão majoritariamente ao encontro da lógica da saúde pública positivista, na qual a saúde é resultado de múltiplos fatores sendo responsabilidade do sujeito garantir a sua própria saúde. O modelo biomédico se mantém hegemônico nas práticas das equipes multidisciplinares e, apesar da intencionalidade de desenvolver trabalho comunitário, esse não se pauta por princípios participativos e de integração de saberes (Oliveira et al., 2008).

Além disso, a divulgação de programas de formação através de cursos oferecidos pelo MS é processada de forma desorganizada, sem a possibilidade de debates e discussões entre os alunos. Cursos de formação oferecidos pela Secretaria Nacional sobre Drogas, SENAD, em parceria com outros órgãos governamentais e instituições acadêmicas, não propiciam espaços educativos de fortalecimento por meio da participação coletiva e organização social. A proposta é a de realizar capacitações dos vários agentes para atuarem de forma mais adequada nos temas relacionados à prevenção ao uso prejudicial de drogas. Para isso promove cinco cursos à distância com duração de três meses, distribuição de materiais didáticos e provas em datas marcadas e direito à certificação ao final do curso. Cada aluno inscrito se responsabiliza pela leitura e compreensão dos textos, sendo que debates e questões regionais não são abarcados no programa. Os conteúdos apresentados têm diferentes enfoques de acordo com a população a que se destina, composto de educadores, trabalhadores da área da saúde, líderes comunitários, membros de instituições religiosas e de atividades jurídicas. Houve investimento de 14 milhões de reais neste projeto, sendo que desde 2003 a SENAD já capacitou mais de 100 mil pessoas (Brasil, 2011).

Esses números, no entanto, camuflam a realidade sobre os conhecimentos teórico-práticos sobre droga, como encontrado por

Coelho (2012) nas entrevistas com trabalhadores da AB, os quais referiram ter realizado o curso SUPERA (Sistema para Detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento) promovido pela SENAD, voltado a trabalhadores da saúde e da assistência. No entanto, suas práticas e conhecimentos prévios acerca das necessidades de saúde dos usuários de drogas não foram transformados, mantendo-se, dessa forma, as práticas reiteradas e pautadas na demanda por serviços médicos.

1.2 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO SOBRE DROGAS

A enfermagem e toda equipe de saúde que atua nas áreas de abrangência das USF se ressentem de entrar em contato com consumidores de drogas, particularmente quando as drogas são ilícitas, em função das questões sociais ligadas ao narcotráfico. Um dos principais constrangimentos explicitados pelos trabalhadores, para além do temor de trabalhar em bairros empobrecidos, que constituem lócus de tráfico de drogas, diz respeito à formação, visto que os cursos focalizam apenas os aspectos referentes à droga em si – farmacologia - e à dependência já instalada de drogas – psiquiatria e saúde mental (Campos, Soares, 2004; Soares, Campos, 2009, Coelho, 2012).

Os ACS são particularmente afetados porque se deparam cotidianamente com situações constrangedoras, muito próximas, para as quais não se sentem preparados, ocasionando desgaste e provocando a adoção de subterfúgios para adiar ou contornar o enfrentamento do problema (Faria, 1999).

Oliveira et al. (2010) sugere, após estudo das representações sociais de ACS na Bahia, a necessidade de reformulação de conceitos e conhecimentos na área de drogas. Constata que

morar e pertencer à comunidade não assegura o reconhecimento da dinâmica social, nem traz ferramentas para reconhecer um problema que requer a desconstrução de paradigmas, tanto no âmbito da sociedade como no âmbito institucional, no sentido de promover uma tomada de consciência, visando implantação e implementação de ações que atendam às especificidades de pessoas e/ou grupos de pessoas usuárias de drogas e de profissionais da saúde nos mais diversos contextos sociais (Oliveira et al., 2010, p. 617).

Desde a década de 70 no Brasil há tentativas de regularização da situação de trabalhadores não profissionalizados, que trabalham na área da saúde (Silva, Dalmaso, 2002). As primeiras experiências utilizando os próprios moradores para levar informações sobre atenção básica em saúde para pessoas da região de moradia deram-se no Nordeste, mais especificamente no Ceará. Os programas de saúde foram ao longo dos anos adequando-se às diferentes demandas e expandindo suas ações, sendo que em 1991 o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), mais tarde (1992) denominado Programa de Agentes Comunitário de Saúde (Pacs) tinha por objetivo

contribuir para a municipalização e implantação do Sistema Único de Saúde – hierarquizado, regionalizado e com possibilidade de acesso universal. O Pnacs também visava estender a cobertura dos sistemas públicos de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando a população materno-infantil. O objetivo geral era [...] da capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, além de proporcionar a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde locais. (Silva, Dalmaso, 2002, p.50-1).

Em dezembro de 1998 o Programa de Saúde da Família (PSF) estava implantado em 24 estados brasileiros (1219 municípios), sendo que na capital do estado de São Paulo o PSF foi iniciado em 1996 e recebeu a denominação de Projeto Qualis – Qualidade Integral em Saúde, apresentando “desde o início, particularidades, por referência à proposta nuclear, tanto em relação

à forma de gestão [...] quanto à organização das atividades assistenciais” (Silva, Dalmaso, 2002, p. 63).

Os ACS passaram, então, a receber um salário mínimo pelo trabalho desenvolvido, no entanto ainda mantinham vínculos precários e qualificação aligeirada (Silva, Dalmaso, 2002; Morosini, 2010).

Antes, em 1993, a presidente da Fundação Nacional de Saúde e os Dirigentes das Entidades Nacionais de Enfermagem assinaram um termo de compromisso e de responsabilidade sobre o financiamento da formação dos agentes, que após capacitação inicial em ações básicas de saúde, mobilização e educação sanitária, seriam habilitados como auxiliares de enfermagem comunitária (Silva, Dalmaso, 2002).

Houve uma primeira proposta de formação profissional dos ACS visando prover parâmetros nacionais para sua profissionalização em atenção à lei 10.507 de 2002, defendendo, portanto, a integração ensino-serviço, “muitas vezes também usada para a baixa escolarização desses trabalhadores” (Morosini et al., 2007, p.196). No entanto, na maioria dos casos a capacitação desses profissionais compreende

conteúdos que variam em função dos problemas locais, em que a avaliação pauta-se nas atividades realizadas no serviço e o material educativo estrutura-se em torno das atividades a serem realizadas [...] A (não) escolarização do ACS, justificada pela necessidade de esse trabalhador ser representativo da comunidade em que atua [...] fortalece a desvalorização social desse trabalhador, sustenta a sua baixa remuneração e se contrapõe à pauta política por uma melhor qualificação dos trabalhadores da saúde, de uma maneira geral (Morosini et al, 2007, p.196).

Somente em 2002 a profissão do ACS foi regulamentada, sendo que no período de 2003 a 2005 ocorreu a formulação da política de formação destes (Morosini, 2010). A principal função atual dos ACS dá-se através de sua atuação nos processos de atenção à saúde principalmente como mediador entre a instituição de saúde e a população. Entretanto, a formação profissional dos ACS ainda

tem se caracterizado pela precariedade e diversidade, uma vez que, para a função de ACS, desde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e durante muitos anos, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu como critério de escolaridade as habilidades de ler e escrever. A formação profissional restringiu-se, em geral, à capacitação em serviço [...] (Morosini, 2010, p.23).

O trabalhador deve ainda ser morador da comunidade em que atua, ter espírito de liderança e solidariedade, ter idade mínima de 18 anos e ter disponibilidade de trabalhar em tempo integral. Apesar de não haver exigência em relação à formação profissional, o desempenho do trabalho exige muito em relação à disponibilidade e aos atributos ético-políticos (Morosini, 2010).

Morosini (2010) tem se dedicado à apreensão e análise do processo de qualificação dos ACS através de documentos reguladores do trabalho e formação. Aponta que a qualificação desses trabalhadores está localizada na interface entre os campos da saúde e da educação e que de acordo com os documentos analisados o trabalho dos ACS é considerado simples já que não requer formação específica e complexa para sua realização (como no caso de outros profissionais, por exemplo, médicos e enfermeiros). Discute ainda o perfil social *sui generis* do ACS, destacando-se o papel de mediador social entre o Estado e a comunidade, transcendendo assim, o campo da saúde. Afirma que há inadequação do vínculo de servidor público para o ACS, ainda que tal função tenha sido construída a partir de uma política pública, notadamente o PSF.

Esse perfil baseia-se numa concepção de comunitarismo um tanto quanto idealizada e desprovida de conflitos, assim como constrói-se a partir de uma noção de solidariedade que esvazia de sentido político a ação solidária de certos movimentos sociais, no âmbito dos quais participaram agentes precursores da função de ACS (Morosini, 2010, p.192).

Em 2004 os Ministérios da Educação e da Saúde publicaram o Formulário Curricular para a Formação Técnica do ACS, cujo documento prevê curso de formação de 1200 horas com a proposta

de formação técnica e profissionalizante associada à elevação de escolaridade dos ACS, de construção de possibilidades de remuneração e regularização do vínculo. O curso é dividido em três etapas (400 horas na primeira etapa, 600 horas na segunda etapa e 200 horas na terceira etapa), sendo também prevista a prática profissional. O estágio supervisionado é facultativo e demanda horas extras (Brasil, 2004b).

No entanto, segundo Morosini (2010), apesar da aprovação do referencial, a política não foi totalmente substituída, uma vez que o Ministério da Saúde financia apenas a primeira etapa do curso Técnico de ACS, conforme a exigência da Lei 11.350.

Trapé (2005) também dedicou-se a analisar a prática educativa dos ACS. Buscou apreender o caráter dessas práticas e as concepções de educação, saúde e educação em saúde que as norteiam. A partir dos conteúdos dos discursos dos agentes constatou “que à medida que se partia da concepção de educação e chegava-se na de saúde e de educação em saúde, enfraquecia-se o caráter transformador do discurso” (Trapé, 2005, p.177). A concepção de saúde dos ACS se aproxima da visão biomédica, como sendo o resultado de múltiplos fatores, e a de educação se aproxima da visão conservadora, na qual o saber pode apenas ser transmitido. Logo, a educação em saúde trata-se de transmissão de informações para adquirir saúde, aproximando-se da concepção da moderna saúde pública, isto é, a aquisição do saber a fim de enfrentar os problemas de saúde já instalados. Dessa forma, os ACS não participam do planejamento do processo de trabalho em saúde e acabam por reproduzir tarefas organizadas por outros. Esse processo de divisão social do trabalho acarreta alienação, com consequências importantes com relação à liberdade e criatividade do trabalhador: os ACS ficam restritos em relação à responsabilizar-se por auxiliar nas demandas dos moradores do bairro. A estratégia utilizada para possível orientação, portanto, é a de convencimento e amedrontamento.

Morosini (2010) aponta que a perspectiva que embasa o trabalho do ACS atualmente é pautada pelo voluntarismo, para o qual certas condições culturais e subjetivas seriam suficientes. A autora apresenta as discussões contidas no processo de formulação da política de formação dos ACS destacando a participação de instituições escolares na formação destes, a necessidade de formação que tenha caráter profissionalizante, com elevação da escolaridade e a possibilidade de essa formação transcender os elementos da preparação imediata para o trabalho.

Trapé (2005, p.178) sugere a qualificação dos ACS através de cursos e supervisões em serviço “visando instrumentalizar os agentes para o processo de contribuição da cidadania plena”, em direção da práxis criativa, resgatando o conhecimento crítico e as experiências trazidos pelos agentes.

Trapé, Soares, Dalmaso (2011, p. 134) sugerem que a qualificação e supervisão do ACS devem ser orientadas pelo desenvolvimento de atividades educativas e de exercício da cidadania, baseadas em estratégias que apóiem a participação e criatividade, propiciando o domínio do processo de trabalho, bem como “a ampliação do objeto de intervenção, abarcando os determinantes do processo saúde-doença”.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA

Parte considerável das pesquisas realizadas nas diferentes áreas do conhecimento é baseada em protocolos rígidos, em métodos de coleta de dados aprioristicamente definidos de acordo com os desenhos de pesquisa, mais adequados ao estudo e em padrões de comportamento adotados pelo pesquisador em relação ao objeto de sua pesquisa (Oliveira, Oliveira, 1981).

Reconhecendo a importância do rigor acadêmico nas pesquisas científicas, Oliveira e Oliveira (1981) defendem a importância da proposição de pesquisas a partir da realidade social, de forma a não transformar as Ciências Sociais em instrumentalizadoras de controle social, e de modo a considerar o conhecimento trazido pelos sujeitos de pesquisa, relativizando a relação hierárquica e neutra do pesquisador, tomado como o detentor do saber.

Considerando a produção no campo da educação de Paulo Freire, os autores partem

sempre da premissa de que pesquisa da realidade, capacitação de quadros e aquisição de conhecimento são dimensões inseparáveis e interligadas de um mesmo itinerário político-pedagógico. Pensamos que a finalidade de qualquer ação educativa deva ser a produção de novos conhecimentos que aumentem a consciência e a capacidade de iniciativa transformadora dos grupos com quem trabalhamos (Oliveira, Oliveira, 1981, p.19).

Os processos de educação segundo Freire (2002) não são baseados na neutralidade, pressupõem caráter político e ideológico da relação entre sujeitos (um que ensinando aprende e outro que aprendendo ensina) e objetos (conteúdos), que utiliza métodos, técnicas e materiais. Nesse sentido, a educação se configura como um processo mútuo de aprendizado através do diálogo, que embasa

a reflexão e a ação transformadora. Essa relação está baseada na pertinência, isto é, naquilo que provoque sentimentos e mova os sujeitos para as ações. A problematização é parte do processo educativo, uma vez que todos os sujeitos implicados têm condições de contribuir de forma crítica e criativa em prol das transformações das práticas sociais, objeto último da educação.

Compreende-se aqui que o autor dialoga com os fundamentos teóricos da pedagogia histórico-crítica (PHC), pois nela também são fundamentais, a diretriz da problematização das práticas sociais e a finalidade de transformação dessas práticas (Soares, 2007). Esta teoria pedagógica foi desenvolvida por Saviani (2005) a partir da filosofia marxista. De acordo com Almeida, Trapé e Soares (2013, p.295) sintetizando Suchodolski (1976; 1984) e o próprio Saviani (2003; 2005),

[...] dentre as atividades humanas, a educação é uma das mais complexas e importantes. Trata-se de elemento central na construção da própria humanidade de tal forma que a compreensão da natureza da educação passa pela compreensão da natureza humana, expressa pela capacidade de antever o resultado do trabalho. [...] o trabalho educativo concebe-se historicamente, ou seja, a serviço do processo evolutivo da humanidade, como o trabalho que conduz a algo. Trata-se então dos conhecimentos, ideias, conceitos, valores, símbolos, hábitos, atitudes, habilidades, da produção do saber sobre a natureza e sobre a produção humana.

Nessa perspectiva a PHC compreende que a educação media a transformação social. Saviani (2005) propõe que o processo educativo dialético seja baseado nas seguintes etapas: 1) reconhecimento de uma dada prática social; 2) problematização da realidade que contextualiza a prática problematizada; 3) instrumentalização dos sujeitos envolvidos no processo educativo, em função das necessidades levantadas para a compreensão da prática social problematizada; 4) catarse, que significa incorporação do conhecimento, ou seja, percepção abstrata do que está na dimensão concreta; 5) elaboração e desenvolvimento de novas práticas sociais. Na PHC agente e sujeito, ou educador e educando,

devem dialogar, valorizando a cultura historicamente acumulada, sendo todos considerados igualmente participantes do processo educativo, embora com experiências e conhecimentos diferentes.

Tanto Freire quanto Saviani propõem que o processo educativo parta da realidade, implicando todos os sujeitos envolvidos no processo de reflexão, discussão e elaboração de instrumentos para transformar a realidade e/ou a prática social. Outros autores da educação de cunho crítico contribuíram também para a elaboração do que vimos chamando de educação emancipatória, construção que vem se adensando no campo da Saúde Coletiva (Almeida, Trapé e Soares, 2013).

As pedagogias descritas mostram coerência com as epistemologias que advogam a natureza qualitativa da pesquisa, cuja intencionalidade é a de aprofundar o conhecimento sobre um determinado fenômeno, interpretando-o a partir do contexto em que ocorre, sem que haja manipulação laboratorial, fragmentação da realidade em variáveis ou apartação entre pesquisador e pesquisado. Nesse sentido, a pesquisa participante se configura como procedimento metodológico coerente com as propostas de Freire e Saviani, pois recusa o distanciamento entre sujeito e objeto de pesquisa, propondo a “participação efetiva da população pesquisada no processo de geração de conhecimento, concebido fundamentalmente como um processo de educação coletiva” (Haguette, 1992, p. 109).

2.2 A DROGA COMO MERCADORIA

As drogas são consideradas por Carneiro (2002) necessidades humanas já que o homem faz uso delas há milênios, notadamente em rituais religiosos de aproximação com o divino, marcando rituais culturais e processos de cura, fazendo parte da socialibilidade e também como fonte de prazer.

No entanto, é a partir da modernidade que as drogas passaram a fazer parte do conjunto de mercadorias que respondem às necessidades de acumulação capitalista (Soares, 2007).

As drogas passaram a ser regulamentadas no século XX, sendo algumas delas proibidas. As justificativas médica e de saúde pública para se proibir certas drogas se mostram contraditórias, sendo algumas das substâncias mais perigosas permitidas devido ao seu uso tradicional no Ocidente cristão, como no caso do álcool (Carneiro, 2002).

A discriminação das substâncias é determinada por interesses político-econômicos (Zaccone, 2012), assim como a política internacional hegemônica sobre drogas, a qual vem sendo capitaneada pelos Estados Unidos há décadas.

O domínio do comércio de narcóticos foi, desde o século passado, um campo de rivalidades interimperialistas e, por isso, a atitude do governo estadunidense frente ao problema nunca se baseou em considerações sanitárias, mas nas alternantes necessidades políticas (Coggiola, 2001, p. 5).

Sob a denominação de Guerra às Drogas, a política intervém com recursos militares com o objetivo idealizado de extinção das drogas. Dados da Transform Drug Policy Foundation de 2012 revelam que mais de 1 trilhão de dólares foram investidos nessa guerra pelos Estados Unidos, com resultados catastróficos (Vieira, 2013).

Observa-se aumento mundial do consumo de drogas; entre 2007 e 2010 o total de cocaína traficada para os Estados Unidos da América Central subiu de 1% para 95% e os níveis de violência aumentaram proporcionalmente. Em El Salvador, Guatemala e Honduras, homicídios relacionados às drogas são 4 vezes os verificados no México (Arbex Junior, 2012). Desde 2006, a guerra às drogas financiada por Washington matou 60 mil mexicanos nos conflitos fronteiriços. Quanto às prisões relacionadas ao tráfico, o

número em território americano saltou de 38 mil para 500 mil nos últimos 40 anos (Vieira, 2013).

A ONU calcula, a partir de métodos não ortodoxos e indiretos, que entre 350 a 500 bilhões de dólares são movimentados anualmente com o narcotráfico. Essa cifra não classifica o uso do capital que circula nos bancos e bolsas de valores, nem quanto ao principal uso que se faz, referente ao mercado de armas (Arbex Junior, 2012).

O jornalista Arbex Junior (2012) comenta que Antonio Maria Costa, chefe do órgão de combate às drogas da ONU de 2002 a 2010, em declaração para diário britânico 'The Observer' em 2009 afirma que a grande quantidade de capital mobilizado no narcotráfico tornou-se fonte vital de liquidez para o sistema financeiro. Para os bancos a beira da falência, capitais oriundos do narcotráfico se tornaram o único investimento líquido de capital. De fato, a maior parte dos 352 bilhões de dólares em lucros líquidos foi absorvida pelo sistema econômico. Como consequência disso, empréstimos interbancários foram financiados por capital originado do tráfico de drogas e outras atividades ilegais. Há sinais de que bancos foram salvos dessa maneira. O jornalista complementa dizendo que o capital advindo do narcotráfico impediu que a crise financeira que teve seu ápice em 2008 fosse mais devastadora.

Deflagra-se o envolvimento de diversos bancos, bolsas de valores e de órgãos internacionais nas organizações criminosas e transações financeiras oriundas do tráfico de drogas. Alfred McCoy, doutor em história do sudeste da Ásia pela Universidade de Yale, afirma que o envolvimento da CIA (Central Intelligence Agency) no narcotráfico implica várias formas de cumplicidade, tolerância ou convivência sobre o comércio de drogas. A CIA oferece aliado ao chefe das drogas e providencia transporte, armamento e proteção política (Arbex Junior, 2012).

Peter Dale Scott, diplomata e professor da Universidade da Califórnia, complementa a informação de McCoy, dizendo que a

CIA está ativamente engajada no tráfico em nome de certos objetivos de segurança nacional e para financiar operações clandestinas. Os órgãos de inteligência dos Estados Unidos fizeram dos criminosos do tráfico um aliado de operações clandestinas (Arbex Junior, 2012). A CIA patrocina e promove o narcotráfico, além de usar os narcodólares para armar, treinar e financiar grupos terroristas (Arbex Junior, 2004).

Ainda sobre a ligação do serviço secreto com o narcotráfico, Michel Chossudovsky, economista canadense, demonstra que o Afeganistão detém o monopólio da produção da papoula (planta utilizada na produção de ópio e derivados) desde que Hamid Karzai, membro da CIA, assumiu a presidência do Afeganistão. Há evidências que a CIA se aproprie desse capital para financiar as atividades para se manter no processo de ocupação do Afeganistão (Arbex Junior, 2012). Atualmente o Afeganistão, que sofreu queda da produção, é responsável por 75% do cultivo mundial de papoula (UNODC, 2013).

Coggiola (2001, p.2) afirma que

Os narcotraficantes controlam o governo, as forças armadas, o corpo diplomático e até as unidades encarregadas do combate ao tráfico. Não há setor da sociedade que não tenha ligações com os traficantes e até mesmo a Igreja recebe contribuições destes.

Diante dessa realidade, diz-se que a ilegalidade das drogas só serve para proteger os narcodólares lavados diariamente (Vieira, 2013; Zacccone, 2012; Coggiola, 2001). Os 500 bilhões de dólares do tráfico, quantia equivalente ao produto interno bruto (PIB) brasileiro, estão sob sigilo bancário, sendo que a tradição de segredo que cerca os negócios financeiros fortalecem os vínculos entre as máfias e os bancos. Essas instituições, por motivos óbvios, não permitem a circulação de tais dados, mantendo sua conexão com o crime organizado. As organizações criminosas por sua vez, articulam vínculos internacionais com capacidade de influir nos rumos da política financeira de um país (Arbex Junior, 2004). Exemplo disso

são as economias dos países produtores de coca, as quais são determinadas pelo narcotráfico (Coggiola, 2001).

O mercado negro global se mostra dominado por grupos criminosos poderosos, tendo em alguns países a captura do Estado ou subversões por redes criminosas. Outras nações em que o comércio de drogas suplantou o comércio legítimo sobrevivem de economias marginais (Arbex Junior, 2012).

A tragédia testemunhada na América Latina não decorre dos danos à saúde dos consumidores de drogas; ela é resultado da criminalização das drogas. O lucro movimentado gera muita violência.

O Peru é o maior produtor mundial de coca. Segundo a Organização Mundial da Saúde, 100 mil camponeses peruanos cultivam 300 mil hectares de coca. Apenas 5% dessa produção é utilizada para fins legais [mastigação das folhas para combater os efeitos da altitude, indústria (chás e medicamentos) e exportação]. Com o resto, o tráfico abastece 60% do mercado mundial. Esses camponeses são massacrados, alternadamente, pela guerrilha, pela máfia e pelas tropas de repressão ao tráfico (Coggiola, 2001, p.2).

Os países produtores de coca na região andina, quais sejam, Peru, Colômbia e Bolívia, onde um a cada três bolivianos lucra com os derivados do narcotráfico e 65% da economia do país pertencem ao setor informal (Coggiola, 2001), encontram a dominação e controle dos Estados Unidos sobre sua produção.

Na Colômbia e no Peru campanhas governamentais de erradicação da plantação foram lançadas a partir do início dos anos 90. Parte das ações de combate do Estado consistem em lançar fungo por *spray*, a fim de secar a plantação; por vezes o fungo ataca outras plantações, além de envenenar a população local. A campanha é feita pela polícia antidrogas e financiada pelos Estados Unidos como parte de sua tentativa de erradicar a produção no Peru e na Colômbia (Macqueen, 2005).

Essa campanha traz danos importantes para as famílias agricultoras, as quais, sem subsídio para produzir outras culturas, diferente dos agricultores europeus e americanos, por exemplo, não

têm outra alternativa a não ser manter a plantação de coca para sobreviverem, então continuam a subir as montanhas para criar novos campos de plantação (Macqueen, 2005).

Já que os "imperialistas do norte" controlam por meio de políticas as missões que determinam o desfecho das plantações e laboratórios de pasta base de cocaína, não raro os agricultores se juntam às guerrilhas para enfrentar os inimigos estrangeiros.

Nos conflitos instalados, financiados pela cocaína, as vítimas são os pequenos produtores (Macqueen, 2005). Mesmo sendo o mercado das drogas ilícitas o segundo mais rentável do mundo, apenas 0,1% do volume final dos negócios são dirigidos aos produtores, já que 90% ficam em poder dos bancos e cerca de 10% são distribuídos entre os traficantes (Coggiola, 2001; Kopp, 1998).

Essa situação enfrentada pelos pequenos agricultores dos países da América do Sul citados não é diferente no Brasil. A cultura ilegal de maconha deu-se no nordeste do país como

consequência das contradições fomentadas pela ambigüidade do modelo agrícola central, que reduziu o foco no social e aumentou o contingente de excluídos [...]. [Aparece, portanto] na franja do avançado processo de precarização do trabalho assalariado na agroindústria frutícola de exportação e no vácuo das omissões do investimento estatal, que não concluiu os sistemas de irrigação nos projetos de reassentamento (Ribeiro, 2008, p.1)

das pessoas que foram retiradas de suas propriedades em função de projetos Estatais de hidrelétricas na região a partir da década de 70.

Assim, tanto os produtores de coca na região dos Andes, quanto os de maconha no polígono da maconha do nordeste brasileiro se configuram como episódios “da devastação agrária, do empobrecimento campesino e do desperdício da região” (Coggiola, 2001, p. 5), já que caso fosse subsidiada pelo Estado para produção de outras culturas, poderia proteger seus agricultores.

Da mesma forma, os pequenos traficantes de drogas, denominados por Zaccone (2012) de acionistas do nada, são os jovens, localizados principalmente nas favelas e guetos das

periferias do país, condenados a receber uma educação sucateada e enfrentar desemprego e falta de perspectivas (Coggiola, 2001, Soares, 2007). O narcotráfico se configura, nessas situações, como mercado de trabalho possível para esses jovens. O lucro gerado com esse trabalho representa uma parte absolutamente insignificante frente aos montantes acumulados pelos grandes traficantes e sistema financeiro (bancos, bolsa de valores e outras instituições financeiras) uma vez que estão na ponta do negócio, no mercado varejista. Ainda assim, representa a única oportunidade para esses jovens, os quais sofrem forte repressão e com frequência têm desfechos desfavoráveis, quais sejam, maior envolvimento com a criminalidade, a morte ou o sistema prisional (Zaccone, 2012).

As drogas, portanto, estão inseridas de forma organizada no sistema de produção, distribuição e consumo da economia de mercado capitalista, e se configuram como mercadoria, representando a maior economia mundial, considerando o conjunto de drogas lícitas e ilícitas. Da mesma forma, os narcoprodutores e os narcotraficantes estão inseridos no mercado de trabalho, ainda que seja por falta de opção concreta de emprego.

2.3 O PARADIGMA DA REDUÇÃO DE DANOS COMO FUNDAMENTO PARA A EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA SOBRE DROGAS

Tradicionalmente, a educação sobre drogas segue os cânones da guerra às drogas como paradigma orientador, desconsiderando os aspectos sociais e individuais envolvidos no início do consumo de drogas (Adade, Monteiro, 2013; Soares, Jacobi, 2000).

Assumindo que o consumo de drogas faz parte da socialização humana e a complexidade do fenômeno das drogas na contemporaneidade, a redução de danos (RD) se mostra um importante movimento político de renovação das políticas públicas

para se lidar com as questões concernentes ao consumo prejudicial de drogas (Santos, Soares, Campos, 2010; Soares, 2007).

Diversas concepções vêm orientando as práticas de RD, conforme estudo de Santos, Soares e Campos (2010). A depender do objeto (aquilo que se pretende transformar) e do sujeito (para quem as ações são direcionadas), diversas apresentações de RD coexistem.

A fim de responder de forma complexa ao problema do consumo prejudicial de drogas, a RD ampla ou emancipatória cunhada por Soares (2007),

parte de uma compreensão estrutural do complexo sistema de produção, distribuição e consumo de substâncias psicoativas, tal como se apresenta na contemporaneidade para propor uma ação menos instrumental e mais emancipatória (Santos, Soares, Campos, 2010, p. 1006).

Dessa forma, para desenvolver ações educativas de RD se faz necessário assumir que os

homens estão submetidos ao sistema de exploração e que, portanto, há diferenças de reprodução social entre eles; [...] que o consumo de drogas é fruto das contradições das formas de reprodução do capitalismo contemporâneo [...] analisando concretamente a mercadorização das drogas – lícitas ou ilícitas- atendendo, sem escrúpulos, a diferentes necessidades de alteração da psicoatividade; [...] que [o fenômeno das drogas] combina com os valores predominantes de tirar proveito de tudo, rapidamente e por si mesmo; [...] reiterar a saúde como direito social; [...] desenvolver práticas sociais e de saúde não restritas ao controle das drogas ilícitas e que criminaliza os usuários dessas drogas; denunciar as desigualdades de reprodução entre as classes e promover a compreensão das raízes dos problemas do consumo de drogas nas diferentes classes sociais (Soares, 2007, p. 130-1).

Ações educativas de RD nesse sentido foram desenvolvidas por Soares e Jacobi (2000). Compreendendo que a escola é uma agência de socialização referencial para o jovem, os autores compreendem que a ação educativa deve incorporar as necessidades dos jovens a partir de seus cotidianos, sendo essencial compor projetos educacionais específicos e utilizar instrumentos apropriados a realidades específicas, já que discursos

descolados da realidade produzem, senão, o afastamento dos jovens. Ademais, os projetos devem contar com a participação dos jovens, com a finalidade de

aprender a orientar-se no contexto dos direitos sociais para poder apontar as responsabilidades sociais e defender ativamente seus direitos e convicções. [...] [Nesse sentido,] a criminalização das drogas e do tráfico, as desigualdades sociais, a política e o papel das instituições devem ser enfrentados e discutidos junto ao escolar (Soares, Jacobi, 2000, p. 232-3).

Adade e Monteiro (2012), adensando essa perspectiva, apresentam uma estratégia de ação educativa tendo como paradigma a RD emancipatória. Trata-se de um jogo a ser utilizado com jovens, a fim de discutir a prevenção do uso indevido de drogas. As autoras indicam que há desafios nesse campo, que implicam envolvimento intersetorial. Reforçam que “as práticas educativas sobre drogas precisam ser embasadas pelo conhecimento da realidade dos sujeitos e orientadas por abordagens pedagógicas participativas e dialógicas” (Adade, Monteiro, 2012, p.5), como a pedagogia de Paulo Freire, de modo a propiciar um olhar crítico acerca da realidade.

A RD emancipatória consubstancializa a historicidade, a reprodução social, a classe e a individualidade do sujeito da ação educativa. Deve ser orientada por estratégias e recursos específicos à realidade, contextualizando o fenômeno das drogas a partir de perspectiva educativa dialógica e participativa, a fim de garantir a existência social, fornecendo elementos para que se façam escolhas em favor do desenvolvimento pleno como sujeito. Assim, diz-se que a RD emancipatória fundamenta a educação sobre drogas não opressora e libertadora.

3. OBJETIVO E FINALIDADE

Diante da atual política pública de saúde brasileira, tanto em relação à ESF, como modelo principal de atenção à saúde, quanto em relação às drogas como processo social complexo, e diante do cenário de educação sobre drogas apresentado, como resposta das instituições sociais, esta investigação parte do pressuposto de que os ACS que trabalham na ESF, a exemplo dos demais trabalhadores, não recebem formação sobre atenção na área de drogas e a informação fragmentada de que dispõem é carregada de mitos e estereótipos, representativos do senso-comum na área e das explicações hegemônicas sobre o fenômeno do uso de drogas.

Acresce-se que por trabalharem em espaços empobrecidos, especialmente das periferias das grandes cidades, convivem com os feitos perversos no narcotráfico.

Dessa forma, esta investigação se propõe a responder às seguintes perguntas: quais concepções sobre drogas e sobre usuários de drogas têm os ACS? Quais são as práticas realizadas para o enfrentamento do problema das drogas? Que concepções e práticas norteariam a formação crítica desses trabalhadores?

3.1 OBJETIVO GERAL

Construir um arcabouço teórico-metodológico e operacional para conduzir a formação sobre drogas de trabalhadores da AB, na exemplaridade do ACS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimular os ACS a refletirem sobre o consumo prejudicial de drogas e sobre usuários de drogas, a partir de suas experiências na

vida e no trabalho, agregando conhecimentos do referencial teórico da Saúde Coletiva;

Possibilitar que os participantes revejam concepções ideológicas, que estão na aparência da realidade que vivenciam sobre as drogas, e apreendam sua essência;

Possibilitar reflexão sobre os processos de trabalho da AB, relacionados à atenção aos usuários de drogas;

Instrumentalizar os participantes para a constituição de novas práticas de enfrentamento do consumo prejudicial de drogas.

Elaborar material de apoio para o enfrentamento do consumo prejudicial de drogas direcionado aos trabalhadores da ESF, em especial ao ACS.

3.3 FINALIDADE

Espera-se o aprimoramento de instrumentos de formação, que permitam aos trabalhadores superar práticas desenvolvidas nos espaços da vida social, que têm impacto sobre os problemas sociais associados ao consumo prejudicial de drogas.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Este trabalho utilizou-se da modalidade da pesquisa-ação (PA) de caráter crítico, como procedimento metodológico, que fundamentou o desenvolvimento do processo educativo sobre o consumo prejudicial de drogas realizado com agentes comunitários de saúde (ACS), por meio de oficinas emancipatórias.

Dentre as diferentes modalidades de metodologias de caráter participativo a PA vem sendo cada vez mais utilizada e desenvolvida em diversas áreas do conhecimento. Especialmente nas áreas da educação, saúde e meio ambiente recorre-se à PA, pois possibilita e tem como princípio a participação dos grupos sociais no processo de tomada de decisões (Thiollent, 2011; Toledo, 2011).

Desde sua origem a concepção da neutralidade do pesquisador na PA foi abandonada, aproximando pesquisador do grupo pesquisado e implicando a colaboração de todos os envolvidos no processo (Ahmed, 2009; Haguette, 1992; O'Brien, 1998; Sá, 1984). Diante do seguinte questionamento:

como conjugar as características da pesquisa 'tradicional' – que estabelece uma clara demarcação entre 'aquele que pesquisa', e 'aquele que é pesquisado', tomando a população como *objeto de trabalho*, do qual extrai a matéria prima para análises puramente acadêmicas – com as vicissitudes dessa população, que necessita não de questionários e entrevistas, mas de sugestões factíveis, parâmetros para ação, soluções para seus problemas? (Hollanda, 1990, p. 25-6).

Hollanda (1990), a fim de colocar a academia em sintonia com a demanda popular, utilizou-se da pesquisa-ação na discussão sobre condições da força de trabalho empregada em serviços de saúde bem equipados de uma região do Rio de Janeiro. Dessa forma, aproximou o movimento popular da compreensão do fenômeno da saúde-doença.

Embora a origem da pesquisa-ação esteja ligada ao paradigma crítico, conforme trazido por Kurt Lewin, juntamente com outros pesquisadores da escola de Frankfurt, da Europa para os Estados Unidos, ainda na primeira metade do século XX, foi sendo apropriada e desenvolvida também da perspectiva positivista e pragmática, para resolver problemas institucionais e re-funcionalizar possíveis “desvios”(Ahmed, 2009; Cassel, Johnson, 2006; Franco, 2005; Haguette, 1992; O'Brien, 1998; Tripp, 2005; Tripp, 1990).

Nas últimas décadas a PA tem sido utilizada em diversos contextos e para diversas finalidades (Cassel, Johnson 2006; Franco, 2005; Tripp, 2005; Hollanda, 1990), configurando-se como “um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática na oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela” (Tripp, 2005, p.445).

Autores como Tripp (1990, 2005) e Franco (2005) discutem o uso corriqueiro e vago do termo “pesquisa ação” para designar qualquer transformação realizada na e a partir da prática ou qualquer reflexão sobre a ação. No entanto, salientam que a PA enquanto procedimento teórico-metodológico acadêmico requer rigor, ainda que diversas vertentes epistemológicas se utilizem do método. Franco (2005, p.485) afirma que as diversas formas de aplicação da PA trouxeram a composição de “um vasto mosaico de abordagens teórico-metodológicas”, para dar conta das diferentes práxis investigativas.

Tomando, dessa forma, a PA como procedimento teórico-metodológico de investigações vindas de abordagens epistemológicas diferentes, diversos tipos ou modalidades foram criados para responder coerentemente aos diferentes usos do método (Ahmed, 2009; Franco, 2005; O'Brien, 1998; Tripp, 2005; Tripp, 1990). De forma geral, a PA tem maior foco em pesquisas em que os sujeitos implicados são chamados a agir explicitamente e apresenta dois principais objetivos, a resolução de problema e a construção de conhecimento (Thiollent, Toledo, 2012).

Ao longo da história a pesquisa do campo da psicologia social, cunhada por Lewin, desenvolveu-se e ganhou novos campos, inclusive o das ciências sociais (Barbier, 1985 apud Haguette, 1992). Na América Latina “é a sociologia crítica engajada que mais tem questionado o método científico convencional [...] [dada a] necessidade de transformação social nos países subdesenvolvidos” (Haguette, 1992, p.117). Entende-se, na mesma direção, que esta também é uma tarefa da educação, a qual “deverá levar à transformação libertadora [...], atingindo as estruturas sociais emperradas pelo capitalismo” (Haguette, 1992, p.117).

Nessa perspectiva, a PA pressupõe uma ação planejada de caráter social e educacional, facilitando a busca de soluções para problemas efetivamente detectados na sociedade. Configura-se como uma forma de engajamento sociopolítico a serviço das causas das classes populares merecedoras de investigação, elaboração e condução de ações. Nesse processo, os agentes implicados nas ações educativas acabam por desenvolver a consciência da coletividade nos planos político e cultural a respeito do problema enfrentado (Thiollent, 2011; Ledwith, 2007; Haguette, 1992; Hollanda, 1990).

Haguette (1992, p.110) afirma que na América Latina a PA direcionou-se para os “oprimidos ou dominados, aqueles que estão situados na base da estrutura social”, tendo suas propostas ancoradas em princípios humanistas – religiosos e marxistas. Essa não parece ser a realidade das pesquisas realizadas nas universidades estaduais do Estado de São Paulo.

Em pesquisa de pós-doutorado, Toledo (2011) dedicou-se a analisar a metodologia da pesquisa ação quanto aos seus fundamentos teóricos e sua aplicação nas áreas da educação, saúde e meio ambiente, nas universidades estaduais paulistas no período de 1990 a 2010. O estudo revela que das 273 pesquisas selecionadas, a maior parte foi produzida na área da educação, seguida pela interface saúde/educação, já que a PA é comumente

utilizada em projetos interdisciplinares. Pesquisas abordando temas de natureza complexa utilizaram-se da PA como procedimento metodológico, como reflexões sobre a formação profissional e os processos de ensino-aprendizagem, avaliação e/ou implementação do uso de novos materiais pedagógicos e educação, promoção da saúde e outros. Para esses projetos foram utilizadas diferentes modalidades de PA: participante, colaborativa, existencial, intervenção, entre outras. Dentre essas modalidades a maioria utiliza como base epistemológica a fenomenologia, a qual assume caráter interpretativo e parte do princípio que a realidade é socialmente construída, baseada na subjetividade e influenciada pela cultura e pela história (Ahmed, 2009; O'Brien, 1998).

Numa perspectiva humanista, a PA socialmente crítica é pautada na emancipação dos agentes envolvidos na pesquisa, tendo como finalidade a transformação das práticas socialmente reproduzidas em práxis sociais que possibilitem a justiça social através da reflexão e apreensão dos participantes de características do contexto histórico social em que estão localizados. Dessa forma, define-se PA emancipatória como expressão privilegiada para esta investigação.

Entendendo que as práticas profissionais vigentes no sistema e os valores assumidos pelos trabalhadores são configurados de acordo com os interesses de grupos dominantes, o paradigma crítico faz um enfrentamento desses interesses que priorizam a educação e o conhecimento técnicos. Segundo este paradigma, o descortinamento dos discursos e das práticas dominantes permitem que os envolvidos no processo educativo passem a ter concepções e práticas emancipatórias e socialmente justas (Tripp, 1990; Tripp 2005; Carr, Kemmis, 2002). Ledwith (2007) afirma que o processo de aquisição de crítica revela os preconceitos, crenças, assunções e valores, além de envolver ação e reflexão concomitantemente. Para a autora, alcançar o potencial transformador necessário para a justiça social, são necessárias ações estratégicas e coletivas.

Este estudo toma por base, então, a PA emancipatória na perspectiva marxista, que propõe o investimento em pesquisa associada à mudança, uma vez que o conhecimento é produzido de forma a expor os problemas apresentados na realidade concreta, tendo como consequência dessa exposição a transformação da práxis social (Soares, 2007).

Coerentemente com o marco teórico adotado nesta investigação, da educação emancipatória, a PA emancipatória, igualmente, propõe a participação efetiva dos sujeitos de pesquisa no processo de desenvolvimento da pesquisa, buscando a partir de suas vivências dar encaminhamentos críticos aos problemas identificados. A partir da problematização é possível se dar início à pesquisa-ação propriamente dita, tendo como horizonte que esta se desenvolve como uma espiral, isto é, há um ciclo constante de planejamento, ação, monitoramento e avaliação ao longo do processo, visando solucionar os problemas encontrados na realidade (Tripp, 1990, 2005).

O planejamento é uma importante etapa da pesquisa-ação, uma vez que subsidia as outras etapas de ação, monitoramento e avaliação. Nesse sentido, há que se desenvolver estratégias de ação baseadas na compreensão de que a transformação social se dá a partir de análise teórico-racional. Assim, a pesquisa-ação difere de outras práticas, as quais são resultados de hábitos, instinto, opinião, ou ainda do conhecimento incompleto e subjetivo (Tripp, 1990).

No cotejamento com o processo educativo de Saviani, ao longo do processo, cabe ao pesquisador realizar a mediação entre os participantes e o conhecimento que se desenvolveu socialmente, disponibilizando as ferramentas para instrumentalizá-lo para a compreensão e efetivação de uma prática social emancipatória. A nova elaboração a que se chegou, então, pode ser expressa, demonstrando a incorporação dos instrumentos culturais transformados em elementos ativos de transformação social,

conforme também se objetiva na educação emancipatória, anteriormente apresentada.

Os procedimentos teórico-metodológicos acima discutidos formaram a base do processo educativo realizado, possibilitando aprimoramento em concepções sobre drogas e usuários de drogas, além da visualização de possibilidades de transformações nas práticas sociais dos agentes comunitários de saúde participantes do processo.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Os sujeitos de pesquisa foram trabalhadores da ESF, particularmente ACS de unidades de saúde da família (USF) do distrito de Sapopemba, município de São Paulo, contexto que abrigou estudo anterior sobre a relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF, e que mostrou que os problemas de sofrimento mental dos moradores são considerados os mais desgastantes para a enfermagem (Santos, Soares, Campos, 2007).

O subdistrito Sapopemba compreende um território de 9,5 km² e população de 284.524 habitantes³. Trata-se de um território urbano periférico, com enormes deficiências de infraestrutura e rede de serviços públicos, com condições desiguais de moradia e trabalho, sendo que parte da população não têm acesso à rede de esgoto e água encanada, e estão em condições precárias e instáveis de moradia. Há fabriquetas e pequenos comércios no território e diferentes formas de inserção no mercado de trabalho, desde contratações CLT até trabalho familiar em pequenas lojas e bares que funcionam nas garagens dos moradores; parte da população trabalha em outros bairros mais centrais da cidade. Nem todas as crianças do bairro têm acesso adequado à educação e a USF muitas

³http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758

vezes se mostra o único recurso do Estado existente no território. Quase a totalidade dos serviços de atenção básica à saúde é coberto pela ESF, processo que vem sendo construído desde a década 90 com as primeiras experiências público-privadas na região - Qualis e Fundação Zerbini - sendo que atualmente as USF bem como outros serviços de saúde (CAPS adulto, infantil e álcool e drogas e AMA) estão sob a gestão da Organização Social (OS) Saúde Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, SPDM. Há dois hospitais no território, o Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro, que atende as urgências e emergências (gestão pública) e o Hospital Estadual Sapopemba (sob a gestão da OS Serviço Social da Construção Civil - SECONCI).

Atualmente o território conta com 13 USF que atende grupos sociais heterogêneos quanto aos modos de trabalho e de vida.

Para o trabalho em campo desta pesquisa as USF foram selecionadas juntamente com a supervisão técnica da região sudeste da Prefeitura de São Paulo. A escolha deu-se a partir da relação que as USF tinham com o CAPS álcool e drogas de referência do território, isto é, aquelas que de alguma forma apresentaram preocupações acerca do tema drogas e estavam articuladas com o equipamento foram inicialmente consultadas. Tal característica era fundamental para a pesquisa-ação, que não pode prescindir da motivação inicial para o envolvimento de todos no processo. Além disso, foram equacionadas questões práticas notadamente de proximidade geográfica entre as unidades já que os ACS teriam que se deslocar até o local dos encontros.

Uma vez que a participação dos envolvidos configurou-se como elemento essencial nesta pesquisa, solicitou-se desde o primeiro momento aos gestores das USF que indicassem participantes pelo seu interesse, ou seja, que fossem convidados trabalhadores incomodados com a problemática e que se sentissem impelidos a trabalhar em ações relacionadas às drogas, no entanto

três unidades convidaram participantes pelo critério de gravidade da problemática das drogas nas microáreas em que atuam.

Quatro USF foram selecionadas: USF Vila Renato (4 ACS), USF Parque Santa Madalena (3 ACS), USF Iguaçu (9 ACS, com a desistência de 1 participante) e USF Pastoral (4 ACS, também com a desistência de 1 participante), totalizando 18 participantes. Todas as unidades participantes eram totalmente geridas pela parceria público-privada. Os trabalhadores participantes, portanto, eram contratados em regime CLT.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O quadro 1 mostra características do ACS, que se propuseram a participar.

Quadro 1 - Caracterização dos ACS participantes da pesquisa. São Paulo, 2012.

	USF	Idade	Sexo	Escolaridade	Estado Civil	Tempo na ESF	Atividade anterior
ACS1	PqSta Madalena	42	Feminino	Ensino Médio	Solteira	12 anos	Operadora de máquina
ACS2	PqSta Madalena	22	Feminino	Ensino Médio	Solteira	2 anos	Atendente de lanchonete
ACS3	PqSta Madalena	39	Feminino	Ensino Médio	Casada	5 anos	Promotora de vendas
ACS4	Pastoral	39	Feminino	Técnico	Casada	2 anos	AuxAdminist rati vo
ACS5	Pastoral	36	Feminino	Ensino Médio	Casada	1,7 anos	Vendedora autônoma
ACS6	Pastoral	38	Feminino	Técnico	Divorciada	3,2 anos	Educadora de abrigo
ACS7	V Renato	43	Feminino	Técnico	Divorciada	2,7 anos	Balconista
ACS8	V Renato	42	Feminino	Ensino Médio	Casada	10 anos	Dona de casa
ACS9	V Renato	46	Feminino	Ensino Médio	Solteira	12 anos	Auxiliar de escritório
ACS10	V Renato	26	Masculino	Técnico	Casado	2 anos	Operador de Máquina
ACS11	Iguaçu	49	Feminino	Ensino Médio	Casada	3,5 anos	Diarista
ACS12	Iguaçu	31	Feminino	Técnico Incompleto	Divorciada	6 anos	Copeira

	USF	Idade	Sexo	Escolaridade	Estado Civil	Tempo na ESF	Atividade anterior
ACS13	Iguaçu	34	Feminino	Ensino Médio	Casada	6,5 anos	Vendedora
ACS14	Iguaçu	42	Feminino	Técnico	Amasiada	13 anos	Diarista
ACS15	Iguaçu	59	Feminino	Ensino Médio	Casada	10,5 anos	Costureira
ACS16	Iguaçu	38	Feminino	Ensino Médio	Casada	2 anos	Doméstica
ACS17	Iguaçu	41	Feminino	Ensino Médio	Casada	13 anos	Diarista
ACS18	Iguaçu	23	Feminino	Ensino Médio	Solteira	6 meses	Vendedora

A seguir apresenta-se uma caracterização mais qualitativa dos participantes que ao longo do processo foram compartilhando um pouco de suas vidas pessoais e profissionais. Nesse processo tais questões seguem inseparáveis do processo de transformação que foi sendo constituído ao longo dos encontros. Para proteção das identidades, serão apresentadas por nomes fictícios.

Esther. ACS há 10 anos, era dona de casa antes de começar a trabalhar fora. É casada e tem dois filhos com quem se preocupa muito, apesar de já serem adultos. Tornou-se ACS “quase sem querer”, quando soube que havia processo seletivo para ACS em sua região. Fez a prova, mas tinha receio de ser apontada pela população como fofoqueira, sem saber lidar com as questões que ouviria das pessoas que visitaria. Quando soube da “capacitação” sobre drogas logo se interessou, apesar de já estar envolvida em outras capacitações. Gostaria de entender os motivos que levam jovens a buscarem as drogas e a se envolverem com o tráfico. Dizia que sempre procurou fazer “as coisas certas”, sempre trabalhou e nunca precisou ir contra a lei para ter o que desejava e para manter sua família. Sempre com muita energia, participa trazendo casos de seu cotidiano de trabalho, em que busca compreender os problemas e se colocar à disposição dos usuários que atende, mesmo quando isso custa denunciar irregularidades que observa no processo de trabalho. É crítica ao mostradas dinâmicas presentes entre os profissionais na USF, reconhecer aqueles que trabalham em prol do

usuário e se coloca no lugar de quem ainda tem muito a aprender. Ao longo dos grupos foi trazendo suas questões pessoais também, articulando-as às discussões mais gerais e mostrando contentamento frente às suas descobertas.

Iara. Trabalha no território há 13 anos. Antes de ser ACS foi operária em várias fábricas e sempre foi apontada como uma pessoa que busca seus direitos, determinada e também alegre, que se relaciona bem com todo tipo de pessoas. Sente-se satisfeita por perceber que a taxa de homicídio na microárea em que trabalha está muito reduzida em relação a quando iniciou no PSF, mesmo sendo uma área vulnerável, com moradias precárias e favela em sua maioria. Em seu discurso mostra que por vezes a questão da pobreza a choca, mas sua prática de tantos anos a faz naturalizar algumas cenas. Tem uma família grande e se orgulha de não haver nenhum membro envolvido com drogas, apesar de citar envolvimento de um parente já idoso com álcool. É fumante há bastante tempo, mas não traz esse tema para discussão.

Santa. Tem 59 anos, 3 filhos e trabalha há 11 anos como ACS. Desde o início dos encontros mostrou compreender os elementos da dinâmica da sociedade contemporânea: o álcool como problema de saúde pública apesar de ser uma droga lícita, a determinação socioeconômica do envolvimento de jovens da periferia com o narcotráfico, o alcance real de uma “capacitação” que se propõe a tratar do tema drogas, o papel do ACS frente a essa problemática, o desgaste do trabalhador da USF e a exploração que os ACS sofrem. Suas reflexões são sempre muito aprofundadas, se preparava para os encontros e discussões lendo o material de apoio. Apresentava postura crítica a respeito de suas vivências e do que observa no trabalho e nas relações pessoais de forma crítica. Migrante de Pernambuco, antes de se tornar ACS foi costureira e funcionária de laboratório farmacêutico, de indústria de cigarro e de indústria de papelão. Inscreveu-se para ser ACS sem ter clareza do trabalho a ser desempenhado e na época acabara de sair de uma

crise depressiva, então imaginou que teria dificuldades ao se deparar com os problemas das pessoas, mas superou essa questão e hoje gosta do trabalho. Ressalta que com o trabalho adquiriu bens materiais e que se sente grata quando consegue ajudar alguém que está com algum tipo de necessidade. Mostrando, no entanto, que a finalidade de seu trabalho é a produção, o que impõe insatisfações, especialmente por não haver nenhum tipo de apoio ou supervisão para os trabalhadores. Espera que no futuro o ACS seja melhor reconhecido e remunerado, que tenha melhores condições de trabalho.

Diane. Tem 39 anos, é forte e convicta. Lida com o problema do tráfico diariamente, já que é vizinha de um local de produção de drogas, o que a faz passar mal por manter contato com as substâncias químicas. Apesar disso, considera não haver uso problemático de drogas na microárea em que trabalha. As discussões do grupo com frequência foram ao encontro de questões presentes também em sua casa e família, principalmente em relação à juventude, pois tem um filho de 10 anos bem educado que a faz refletir sobre as questões que eventualmente o colocam em risco. Algumas vezes trouxe a discussão sobre o desgaste do trabalho do ACS.

Jane. Trabalha há 6 anos como ACS. Moradora de favela, divorciada e mãe de dois filhos, no primeiro encontro apresentou-se dizendo que atua em uma microárea onde há muitos consumidores de drogas. Chocada a princípio com a atitude de uma mãe que não repreendeu seu filho ao vê-lo assaltando o local onde ela trabalhava no dia do pagamento ou quando ele a presenteou com um tanquinho após assaltar um caminhão de uma loja de eletrodomésticos, foi reconhecendo a dimensão moral de seu discurso, que foi se modificando ao longo dos encontros. Tinha uma enorme admiração pela vida por suas próprias descobertas no processo educativo. Tornou-se ACS porque estava desempregada (trabalhava como copeira) e foi escolhida no processo seletivo, mas não sabia

no que consistia tal trabalho. Hoje gosta do que faz, mas se ressentida por ser pouco reconhecida, apesar de sentir-se satisfeita ao perceber que pôde ajudar um paciente com as medicações, por exemplo. Pretende retomar seu curso na área de enfermagem, o qual precisou parar por ter engravidado.

Mirtes. Tem 38 anos e conta várias situações constrangedoras e de impotência pelas quais passou nos 10 anos em que trabalha como ACS. Traz muitas histórias de jovens que estão em situações adversas, como a de engravidar para garantir salário de companheiros que estão presos, mães que vêem seus filhos morrerem em decorrência do tráfico de drogas e envolvimento de policiais com o narcotráfico, além de preocupação com seu filho, também jovem. No passado trabalhou como faturista e educadora em abrigo, tendo iniciado trabalho na USF por estar desempregada quando foi a escolhida no processo seletivo dentre 25 pessoas que participavam. Não sabia o que era ACS e não estava de acordo com o salário oferecido, mas não pôde recusar a oferta de trabalho naquele momento. Diz que por ser muito ativa tem sentido certo desânimo com o trabalho lento do ACS, que demora a perceber resultados apesar de todo esforço empregado na tarefa. Por esse motivo, retomou os estudos (finalizou o ensino médio há 17 anos) e formou-se técnica de enfermagem recentemente.

Com o trabalho de ACS pôde aproximar-se das pessoas que moravam nas favelas em frente à sua casa que antes eram julgadas negativamente por não pagarem impostos e escolherem ter a vida de favelados. Hoje tem outra visão dessas pessoas, da mesma forma que antes da pesquisa não havia refletido sobre o tema do consumo de drogas e estava receosa em relação ao que seria discutido. Apresentou-se bastante crítica em relação ao problema tendo participado ativamente das discussões. Apesar de conhecer a realidade das pessoas que moram na microárea em que atua, revela que não há recursos ou espaços para que o trabalho apresente resultados satisfatórios e que os profissionais, apesar de iniciarem

projetos interessantes, desanimam ao longo do tempo. Isso faz com que ela desista de alguns projetos. Levou certo tempo para que os moradores respeitassem seu horário de trabalho, já que são seus vizinhos. Trabalha em uma microárea em que praticamente em todas as casas há pelo menos um usuário de drogas. Em geral realiza visitas domiciliares após as 11 horas, horário em que aqueles que trabalham no tráfico durante a noite já acordaram. Pretende continuar a ajudar as pessoas e para isso quer ter acesso a mais informações.

Maria. Tem 39 anos e é natural de Santo André, São Paulo. Havia deixado os estudos há 20 anos, retomando o curso técnico em 2010, o qual finalizou em dezembro de 2011. Mora em casa própria e tem acesso à rede de serviços públicos. Tem como lazer a leitura de livros, visitas em casa de parentes e amigos e assistir televisão e ouvir rádio. Trabalha há 2 anos como ACS. Esse é seu primeiro emprego na área da saúde, já que antes trabalhava como auxiliar administrativo em vendas e também em metalúrgica. Quando seu filho nasceu dedicou-se a cuidar dele e quando ele completou dois anos de idade imaginou que trabalhando nas proximidades de casa poderia continuar acompanhando-o de perto. Desde então decidiu ser ACS, pois sempre considerou interessante este trabalho, em especial quando era visitada em casa. Considera que esse emprego lhe agregou muito conhecimento em saúde e que realizou uma série de capacitações (amamentação, tuberculose, outros). Refere que seu trabalho é bastante gratificante quando consegue marcar uma consulta para um paciente que necessita, mas que se frustra bastante quando encontra dificuldade em ajudar os pacientes, quando não consegue resolver os problemas que lhe são trazidos. Quando perguntada sobre planos futuros apenas diz que pretende ter mais conhecimento e continuar ajudando o próximo. Na microárea em que atua há maior uso de álcool do que de outras drogas. Nos encontros se mostra aberta a aprender e disposta a contribuir com as discussões estabelecidas. A princípio trouxe

julgamentos morais acerca do uso de drogas, no entanto essas colocações foram se modificando, dando lugar a uma postura mais crítica.

Bárbara. Mineira, extremamente comunicativa e participativa. É uma das ACS mais velhas do grupo de participantes, apesar de trabalhar na unidade há três anos e meio. Moradora de casa própria na favela, isenta de IPTU e sem acesso à rede de esgoto, é casada e mãe de quatro filhos. Nos encontros conta que sempre orientou seus filhos a se colocarem perante as dificuldades da vida e que não esmorecessem diante do preconceito por serem pobres. Bastante reflexiva, faz diversas denúncias de situações em que se sentiu impotente diante da demanda apresentada pelos moradores da micro área em que atua. Levanta hipóteses para explicar o motivo de suas frustrações e a falha nos resultados das propostas do SUS: burocracia e dificuldade na marcação de consultas; usuários que não se comprometem com os agendamentos, conseguidos pela persistência do ACS; excesso de responsabilidade imputado ao ACS. Já tendo trabalhado anteriormente na área da saúde (foi auxiliar de dentista), antes de tornar-se ACS trabalhava como diarista. Não pretendia trabalhar na USF, mas resolveu inscrever-se no processo seletivo quando a oportunidade surgiu. Diz que seu universo se expandiu consideravelmente quando passou a fazer visitas domiciliares e acompanhar os problemas das pessoas. Tem planos de continuar a fazer cursos para poder ajudar ainda mais os pacientes, e quer investir em curso de estética para continuar trabalhando com pessoas e poder ajudá-las, como faz atualmente.

Nair. Tem 36 anos e há um ano e sete meses trabalha como ACS. É a ACS mais reservada do grupo, se coloca pouco, mas parece sempre atenta às discussões. Casada e mãe de dois filhos, mora em casa própria sem acesso à rede de esgoto. Natural de São Paulo, costuma ir à casa de parentes e amigos como forma de lazer. Antes de ser ACS era vendedora autônoma, mas tinha decidido trabalhar formalmente quando a oportunidade de trabalhar na USF

surgiu para ela. Sente-se satisfeita quando consegue resolver algum problema dos pacientes, no entanto se frustra quando isso não ocorre. Para o futuro pretende fazer algum curso para ter uma vida melhor e poder oferecer melhores condições aos seus filhos. Gostaria de estudar enfermagem.

Vilma. Trabalha há 6 anos na USF, nunca pensara em ser ACS. Fez o processo seletivo por insistência de sua cunhada e desde então fez diversas capacitações na área da saúde. Nascida em São Paulo, é casada e tem dois filhos. Mora em uma casa própria isenta de IPTU. Antes de ser ACS era vendedora e apesar de não ser um projeto imediato e de ter adquirido uma visão ampliada do mundo como ACS, quer fazer algum curso e mudar de profissão para ter uma vida melhor. Diz que a melhor parte de seu trabalho é a gratidão dos pacientes quando os ajuda ou quando os livra de alguma repreensão dos profissionais técnicos da USF. Ela diz que são esses mesmos profissionais que usam seu saber e acabam por dificultar a manutenção dos laços de confiança construídos entre os ACS e os pacientes. Considera que isso seja um retrocesso no trabalho dos ACS que a desanima no dia a dia.

Acompanhou a infiltração do tráfico nas famílias da microárea que atua, principalmente em relação às crianças que conheceu pequenas e aos 12 ou 14 anos se tornaram trabalhadores do tráfico. Além de visitar as casas de traficantes maiores, tem se deparado com muitas mães. Por não saberem como agir diante do filho “olheiro”. No primeiro encontro conta histórias de pessoas que estavam envolvidas com drogas e tráfico e que hoje são pais de família que trabalham formalmente, apontando sua crença de que é possível deixar a vida criminoso e tornar-se alguém correto.

Ana. ACS há 2,5 anos. Está finalizando o curso técnico de enfermagem, tendo retornado aos estudos recentemente, depois de seus filhos terem crescido. Reconhece que na microárea em que trabalha há todo tipo de usuário de drogas e que tanto os profissionais de saúde quanto a família do usuário têm dificuldades

em lidar com a questão das drogas e as problemáticas que vão surgindo sobre o tema. Traz diversas vezes para a discussão do grupo a imagem do usuário como doente, de acordo com o que aprendeu em seu curso. Traz também a dificuldade em lidar com o saber da equipe técnica, que por vezes desvaloriza o trabalho do ACS. Mostra preocupação com seus estágios no curso técnico e expressa interesse em ser promovida na empresa à técnica de enfermagem.

Luiza. Tem 26 anos e trabalha há 1,5 ano como ACS. A princípio questiona o motivo que leva as pessoas a fazerem uso de drogas, já que com essa escolha há apenas dois caminhos: a morte ou a prisão. Associa o uso de drogas à falha de caráter e diz ter se surpreendido com a morte de um parente, com poucos anos de vida a mais que ela, que se envolvera com drogas. Ao longo dos encontros participa das discussões, traz casos vivenciados no trabalho e agrega elementos para compreensão do uso de drogas na contemporaneidade.

Gilda. Trabalha há 12 anos como ACS, relata que em sua microárea há diversos usuários de drogas e que iniciou participação na pesquisa por ter interesse em aprender a lidar com a questão das drogas. Durante os encontros contribuiu muito com as discussões grupais trazendo sua experiência de longa data, desde o início da implantação do PSF no território. Em diversas ocasiões ilustrou as discussões com casos vivenciados no trabalho cotidiano e trouxe questões vivenciadas também em sua casa.

Anita. É ACS e está finalizando o curso técnico de enfermagem. Sempre bastante questionadora e querendo compreender o motivo dos problemas que aparecem, das mais diversas ordens: o descaso do profissional de saúde com o usuário de drogas, a motivação dos jovens para usar drogas, o motivo pelos quais pessoas escolhem caminhos que aparentemente não trarão benefícios, a preocupação com sua filha pequena vivendo em uma sociedade com os valores atuais. Aponta as dificuldades em

trabalhar com a equipe técnica, a qual muitas vezes usa seu saber técnico sem contextualizar os casos apresentados ou sem considerar o ponto de vista do ACS. Exemplifica a contradição vivida pelo ACS nesses momentos, que é aquele com menos formação em saúde, no entanto é quem lida de frente com os problemas apresentados pelos usuários da USF.

Samanta. É trabalhadora do PSF há 13 anos. Faz a articulação entre a USF e a Igreja evangélica onde ocorreram os encontros da pesquisa. Conta alguns casos de pessoas próximas de envolvimento com drogas e tráfico que lhe chamam a atenção, principalmente em relação às escolhas dos jovens e aos riscos em que se colocam, fazendo paralelo com seus quatro filhos e a educação que lhes oferece. Relata situações muito difíceis pelas quais já passou no trabalho, como ter uma arma apontada para si, pois um morador se escondia de um policial atrás dela e outras situações em que é necessário arriscar-se para cumprir as metas de famílias visitadas mensalmente, impostas pela empresa e pela prefeitura. Diz que nos últimos 4 ou 5 anos o tráfico invadiu sem pudor invadiu a microárea em que ela atua e cada vez mais crianças mais novas estão sendo inseridas no tráfico, o que não acontecia antigamente. Questiona as atitudes e posturas de mães de meninos que não voltam para casa, ou que voltam tarde e diz que fica satisfeita quando consegue convencer um paciente a levar o filho para tomar vacina ou comparecer a consultas médicas. No entanto, está bastante insatisfeita com a situação atual na USF, pois seu trabalho não tem sido valorizado e não tem conseguido resolver os problemas dos pacientes, trazendo frustração e desânimo. Diz que ao se tornar ACS em 1998 não sabia quais funções desempenharia e acabou aceitando o trabalho por estar desempregada naquele momento. Durante os encontros trouxe muita contribuição para o grupo e refletiu acerca de suas convicções, em especial em relação ao modo de vida das pessoas que atende.

Íris. Tem 46 anos e há 12 trabalha como ACS. Presenciou diversas mudanças na USF onde trabalha, tanto em relação aos trabalhadores quanto à forma de gestão e exigências em relação ao ACS. Não tem filhos e gosta de ler e navegar na internet em seu tempo livre. Durante os encontros mostrou-se bastante reservada, no entanto apontou a dificuldade de relacionar-se com a equipe técnica, que se importa pouco com as informações e impressões trazidas pelos ACS.

Cristina. É ACS há 2 anos. Antes disso, quando frequentava a USF sentia vontade de compreender melhor o trabalho do ACS, de trabalhar na saúde e poder ajudar as pessoas. Gosta muito de seu trabalho, diz que é muito gratificante quando consegue orientar aqueles que precisam, no entanto sente-se muito frustrada com frequência, em especial quando as ferramentas de convencimento, amedrontamento e persistência não são suficientes para levar o usuário até a USF ou para que este siga as orientações. Relata que trabalhar em regime CLT foi uma importante conquista, já que antes trabalhava por conta, era promotora de vendas de cosméticos e diarista. Está satisfeita com o salário que recebe, principalmente quando compara com o de outros serviços. Pensa em mudar de profissão, em fazer curso de estética em breve, mas acredita que ainda tem muito a aprender como ACS. Tem dois filhos, um deles adolescente, com o qual se preocupa muito. Outro motivo para não realizar cursos neste momento é o fato de querer estar próxima da família pelo menos à noite quando retorna do serviço. Durante as atividades mostrou-se sempre disposta a participar das discussões.

Deise. Migrante de Alagoas, tornou-se ACS há 2 anos, quando seu segundo filho ainda era pequeno e estava à procura de emprego. Viu nessa vaga uma oportunidade de trabalhar perto de casa, o que considera importante já que tem 2 filhos. Aos 22 anos, costuma visitar parentes e amigos como forma de lazer. Incomoda-se com o fato dos moradores da região reconhecerem pouco seu trabalho e não respeitarem o horário de serviço. Diz que com o

trabalho de ACS aprendeu a cuidar melhor de sua família, conheceu pessoas e fez amigos.

4.4 COLETA DE DADOS: O PROCESSO DAS OFICINAS EMANCIPATÓRIAS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, sendo a primeira composta pela realização de 9 oficinas cujo objetivo principal foi analisar o consumo de drogas na contemporaneidade e instrumentalizar os participantes, através do desenvolvimento de processo educativo que tomou por base os fundamentos da saúde coletiva e como estratégia a problematização da realidade do bairro em que os participantes atuam. Na segunda etapa foram realizadas outras 6 oficinas com o objetivo de construir material de apoio para o enfrentamento do consumo prejudicial de drogas, direcionado aos trabalhadores da ESF.

Os encontros se desenvolveram em uma igreja evangélica próxima à USF Iguaçu, espaço já frequentado por alguns ACS daquele território para diversas atividades.

4.4.1 Primeira etapa: as oficinas emancipatórias

A primeira etapa do processos e estruturou a partir da seguinte dinâmica: os temas de cada oficina eram sempre definidos em função do que era problematizado na oficina imediatamente anterior, isto é, a partir da avaliação das necessidades teórico-práticas apresentadas, conduzindo às próximas etapas da investigação.

Uma vez que, numa proposta de pesquisa-ação, o ato de conhecer está radicalmente ligado à ação, a realização de levantamentos de informações sobre um problema de interesse de um grupo de atores sociais consiste em uma importante prática de produção de conhecimento e de mobilização (...) o levantamento pode orientar os

atores tanto no conhecimento sobre si mesmos nas suas relações sociais, como no planejamento, desenvolvimento e avaliação de ações importantes para o contexto da intervenção (Barbosa, Giffin, 2005, p.660).

O quadro 2 mostra a forma e o conteúdo das oficinas.

Quadro 2 – Temas, objetivos e estratégias utilizadas no processo educativo, São Paulo, 2013.

	Temas	Objetivos	Estratégias
Of1	Apresentação dos participantes e de suas expectativas, e da proposta do processo da PA.	Propor a pesquisa, conhecer os participantes e suas expectativas frente aos encontros e elaborar um “contrato de trabalho”	Roda de conversa
Of2	A realidade concreta vivenciada pelos ACS nos territórios sociais onde vivem e trabalham	Contextualizar fatos trazidos pelos ACS e discutir as razões do que acontece no território, a partir de elementos da estrutura e dinâmica social	Exibição e discussão do Filme “Notícias de uma Guerra Particular”
Of3	Para compreender melhor o problema: impacto das diferenças sociais no trabalho e na vida das pessoas	Reconhecer o impacto do funcionamento estrutural do capitalismo na contemporaneidade	Exibição e discussão do Filme “Quanto vale ou é por quilo?”
Of4	Para compreender melhor o problema: categorias de mediação entre a estrutura e a dinâmica social	Discutir a relação entre os valores atuais, as instituições socializadoras e o consumo de drogas	Discussão em grupo a partir da leitura dirigida do texto “Globalização, a questão social e a nova pobreza” (Valla, Stotz e Algebaile, 2005)
Of5	Em pauta as contradições do trabalho	Levantar e analisar as contradições e a finalidade do trabalho do ACS	Discussão em grupo a partir dos conteúdos trabalhados nos encontros anteriores
Of6	Práticas de educação e saúde na ESF	Discutir as estratégias utilizadas na educação em saúde na prática do ACS	Discussão em grupo a partir de excertos de depoimento de ACS sobre as práticas educativas (Trapé, 2005)
Of7	Outras práticas possíveis: momento de instrumentalização do que fazer	Refletir sobre os fundamentos da educação emancipatória: novas formas de atuação do ACS	Discussão em grupo a partir de um caso trazido por uma ACS participante
Of8	Para aproximar-se do objeto em questão: vamos jogar	Apresentar e vivenciar uma forma de abordagem de questões relativas aos valores, opiniões e convicções das pessoas do território	Jogo educativo (Yonekura, Soares, 2010)
Of9	Avaliação do processo	Encerrar e avaliar o processo educativo	Roda de conversa

Todos os momentos foram gravados (áudio) com exceção da última oficina. Foi realizada a transcrição das falas dos participantes.

Os participantes também preencheram uma ficha de caracterização, contendo dados de identificação e formação, bem como condições de vida e trabalho (Apêndice 1).

4.4.1.1 Descrição das oficinas emancipatórias

O processo educativo proposto na pesquisa foi iniciado com uma roda de conversa na qual cada participante contou o motivo de sua participação na formação, suas experiências vivenciadas em relação às drogas no trabalho, na família e no território e suas expectativas frente aos encontros. A princípio os participantes denominavam o processo educativo de capacitação, prática utilizada nos serviços, que designa trabalhadores para freqüentar cursos, nem sempre os de sua escolha e que geralmente não é repassado aos demais que não participaram e nem sempre é incorporado às práticas do serviço. Geralmente são cursos que abordam temas relacionados aos programas desenvolvidos na ESF. Alguns participantes afirmaram que estavam presentes naquela capacitação apenas por terem sido indicados pela gerência da USF, da forma como acontece nos referidos cursos, uma vez que a micro área em que trabalhavam concentrava grande número de usuários de drogas e de pontos de tráfico. Apesar disso, na primeira oficina os ACS trouxeram elementos importantes e necessários para desenvolver o debate nos demais encontros.

Ainda na primeira oficina foram explicados os objetivos do projeto e a forma que seria desenvolvido. Houve certo incômodo acerca das gravações em áudio do processo, em função do caráter polêmico do tema drogas, principalmente em relação ao comércio das drogas ilegais e à criminalidade. No entanto, garantiu-se anonimato e o compromisso da não necessidade de exposição dos

usuários e do próprio ACS e sigilo com relação aos depoimentos, que seriam utilizados apenas para a reflexão e discussão de possibilidades de encaminhamentos. Ao longo dos encontros a confiança foi sendo estabelecida e tornaram-se espaços de trocas de experiências e de angústias, local de reflexão e de fortalecimento pessoal e profissional.

Os ACS deram depoimentos sobre situações que envolviam o tráfico, a polícia e mesmo moradores, que repercutiam direta ou indiretamente no trabalho e, portanto, deveriam ser discutidas em profundidade para dar conta das dúvidas e para construir convicções acerca do problema apresentado. Durante os depoimentos foi assegurado que as questões levantadas seriam debatidas ao longo do processo educativo e que as perguntas levantadas pelos ACS seriam respondidas na medida em que fossem compreendendo a dinâmica da macroestrutura socioeconômica.

Esses depoimentos e questionamentos levaram à exibição do filme “Notícias de uma guerra particular” na segunda oficina, como estratégia disparadora da discussão. Trata-se de um documentário do cineasta João Moreira Salles produzido por Kátia Lund, gravado no morro Dona Marta no Rio de Janeiro, entre 1997 e 1998. O filme mostra o movimento do tráfico de drogas sob três perspectivas: a do traficante, a da polícia e a do morador do morro, a partir de entrevistas com jovens envolvidos no tráfico, com moradores do morro e com policiais do Rio de Janeiro, incluindo depoimentos do delegado Hélio Luz. Tal qual os ACS trouxeram no primeiro encontro, o documentário traz à tona a realidade da situação de aliciamento de jovens pelo tráfico e os motivos pelos quais esses jovens se arriscam em uma atividade ilegal, além da situação de moradores no meio do fogo cruzado. A polícia se apresenta como representante do Estado, que faz cumprir a lei nessa guerra particular, que visa proteger aqueles que pertencem à classe social mais alta, dado o apartheid social vigente no Rio de Janeiro e na sociedade capitalista como um todo.

Roteiro previamente elaborado serviu de base para posterior discussão com os participantes divididos em grupos, que ao trazerem semelhanças e diferenças entre o filme e a realidade cotidiana, passaram a articular os elementos estruturais, apresentados pelos educadores, a fim de fomentar a compreensão das raízes do problema das drogas na contemporaneidade. Em seguida, a discussão foi aberta para que todos os grupos realizassem uma síntese das reflexões. Elementos como a ausência do Estado nas periferias, ou melhor, a presença tênue como proteção e forte como coerção; a “generosidade” do tráfico, que presenteia crianças no Natal e leva medicamentos a quem não tem condições financeiras de adquiri-los; a visão que as classes altas têm dos pobres (aqueles que enfeiam a cidade) e a desigualdade social foram elementos trazidos e debatidos. Apesar da presença maciça desses elementos no cotidiano dos ACS notou-se, com exceção de algumas palestras, ou cursos pontuais, que há no cotidiano do trabalho ausência de espaços para reflexão sobre o impacto desses elementos nas formas de trabalho e de vida dos participantes. Além disso, o consumo prejudicial de drogas, problema muito presente no bairro, não é tomado como objeto das práticas nas USF.

As discussões fomentadas na oficina anterior levaram à exibição de mais um filme na terceira oficina, como estratégia para discussão das diferenças de condições de trabalho e de vida, de acordo com sua inserção de classe social. O objetivo era a apresentação e discussão da divisão social do trabalho. O filme “Quanto vale ou é por quilo?” de Sérgio Bianchi, lançado em 2005, apresenta de forma crítica histórias que se passam no Brasil colônia e na contemporaneidade, traçando um paralelo entre essas duas épocas, enfocando as relações de exploração entre escravo/trabalhador e senhor/donos dos meios de produção ou burguesia. Temas como a influência da mídia e do projeto neoliberal na vida íntima das pessoas, o papel e a realidade das ONGs no

Brasil, a desvalorização dos negros, os valores sociais das épocas e as soluções encontradas pelas pessoas para seus problemas, tanto ricos quanto pobres, também são retratados. Novamente elaborou-se um roteiro para guiar as discussões em grupos menores e conclusões foram elaboradas no grupo maior.

O filme serviu como disparador para que os participantes pudessem debater as semelhanças entre os temas foi retratado e a realidade de vida dos ACS. Foram discutidas questões sobre a dificuldade de inserção no mercado devido à flexibilização do trabalho, e a necessidade de submissão das pessoas a condições adversas para dar conta das necessidades materiais. Outras questões discutidas foram: o estabelecimento da relação alienada de exploração dos mais pobres pelos mais ricos; os poucos espaços de movimentos sociais existentes em prol dos direitos e necessidades dos cidadãos; a despolitização dos brasileiros que acabam por deixar que os políticos, isto é, os técnicos/especialistas que estão nas câmaras de deputados, vereadores e prefeituras tomem decisões políticas; a falta de disposição e de tempo disponível no cotidiano do trabalhador para qualquer tipo de articulação política, seja para discutir melhorias no bairro onde mora ou para debater quaisquer outros tipos de problemas sociais.

Em continuidade ao processo educativo de compreensão da estrutura social e do processo de exploração capitalista, os valores contemporâneos foram debatidos com profundidade na quarta oficina. A proposta era compreender a “ganância” dos jovens pelos tênis de marca, a necessidade deles serem reconhecidos como populares no bairro e o consumo corriqueiro de drogas, foram questões abordadas pelos ACS. Dessa forma, buscou-se a reflexão dos determinantes sociais dessas e de outras situações verbalizadas pelos participantes, discutindo-se o lugar do Brasil no capitalismo, o processo da globalização, a redução de gastos sociais pelo Estado; o fenômeno do desemprego e do aumento da pobreza.

A partir daí, iniciou-se discussão sobre o estímulo ao excesso de consumo de mercadorias em geral e a fetichização da mercadoria droga.

Como instrumento da oficina utilizou-se a leitura de trechos do livro “Para compreender a pobreza no Brasil” de Valla, Stotz e Algebaile (2005), além de uma aula sobre valores sociais, como são forjados para apoiar as estruturas da formação social e, especificamente na contemporaneidade, como são articulados ao projeto neoliberal. Nessa exposição dialogada se discutiram exemplos de como esses valores conduzem nossas escolhas pessoais e ações no cotidiano.

Essa oficina se configurou como divisor de águas em relação às pré-concepções e julgamentos morais arraigados sobre os fenômenos distribuição e consumo de drogas e as novas formas de ver o problema. Opiniões baseadas no discurso hegemônico acerca de situações vivenciadas pelos ACS foram desconstruídas, na medida em que elementos estruturais eram colocados para explicar tais situações. Por exemplo, um participante julgava inadequado que uma mãe pobre levasse almoço a seus filhos em seus postos de trabalho no tráfico de drogas. Dessa forma, julgava que essa mãe estava concordando com a condição de bandidos de seus filhos e contribuindo para o crescimento do número de usuários de drogas. No entanto, ao pontuar que o tráfico de drogas se configura como praticamente única possibilidade de inserção no mercado de trabalho para esses jovens que não têm oportunidades de educação e emprego razoáveis, mesmo em se tratando de um trabalho arriscado e ilegal, e que esse trabalho garante as necessidades materiais da família, a mãe dos jovens se transformou em uma boa mãe, já que na verdade cuidava da alimentação de seus filhos durante a jornada de trabalho. Exemplos do cotidiano se mostraram muito úteis para que os participantes fossem incorporando a nova forma de compreender o problema.

Na quinta oficina, os participantes se mostravam bastante à vontade no grupo e já se pronunciavam sobre as diferenças entre as capacitações de que tinham participado anteriormente e a dinâmica das oficinas. Uma dessas se referia ao despertar para posicionamentos críticos sobre suas práticas. Reflexões nesse sentido raramente acontecem no ambiente de trabalho, já que a produtividade quantitativa de procedimentos é extremamente valorizada e colocada à frente de quaisquer outras questões. Alguns participantes, por exemplo, se queixavam da necessidade de cumprir a meta mensal de produção, o que por vezes lhes roubava a possibilidade de participar desse processo educativo ou de outros processos de reflexão sobre o trabalho.

Na metade do processo educativo algumas opiniões de senso comum e preconceitos já começavam a se desfazer, dando lugar a compreensões mais críticas da realidade. Baseados na confiança, na identificação entre os participantes e nas explicações macroestruturais para a problemática levantada, os trabalhadores compartilhavam sentimentos e vivências que anteriormente não eram expostos, pois não havia espaços para isso.

Não se tratava de lamentações ou desabafos, mas da reflexão sobre o papel do ACS na ESF. Em outras palavras, à medida que o espaço de reflexão foi proposto, as contradições do processo de trabalho foram aparecendo, como a formação dos trabalhadores, por exemplo, na qual vai se aprendendo na prática a lidar com as demandas da população, muito além de marcação de consultas e exames. Uma participante ilustrou essa situação contando o episódio em que um jovem, que fazia uso de drogas durante o final de semana, teve uma síncope e foi levado à porta da casa de uma ACS para que ela o ajudasse, já que o território não contava com hospital ou equipamento de saúde adequado para essas situações. Outras participantes citaram o desespero de várias mães que encontravam no ACS alguém com quem podiam compartilhar a angústia de ter filhos ameaçados de morte pelo

tráfico. Os participantes se davam conta de que não eram formados tecnicamente para lidar com essas demandas e ao mesmo tempo não havia outros profissionais na AB com essa formação, ou disponibilidade para essa demanda, e por isso eram procurados pela população.

Tal discussão trouxe à tona as limitações do papel do ACS, que era definido como anteparo para continência de problemas da população pobre. Os ACS se ressentiam muito ao constatar que o investimento feito por eles para lidar com problemas enfrentados pela população, tanto investimento afetivo, quanto de tempo ou para manejo de situações, com frequência não tinha resolubilidade, gerando sentimentos de impotência e frustração. Quando tais situações-problema eram apresentadas à equipe técnica, que teoricamente teria condições de apresentar soluções viáveis, poucas ações eram sugeridas ou realizadas, ao contrário, muitas vezes o ACS era convocado a solucionar tais questões ou, na maior parte das vezes, nenhum encaminhamento era dado, fazendo com que o trabalho do ACS perdesse credibilidade.

Este momento foi decisivo, pois o pressuposto que levou à instauração do processo educativo foi fechando o ciclo explicativo. As elaborações de caráter crítico e a exposição de sentimentos que se desenvolvem a partir do trabalho foram estabelecendo relação entre a baixa resolubilidade dos problemas e os sentimentos de impotência neles gerados, e a compreensão do processo de produção, da divisão social e técnica do trabalho e dos processos de trabalho na AB.

Consequência dessa reflexão, na sexta oficina foi proposto que entrassem em contato com excertos de discursos de ACS, apresentados em pesquisa realizada sobre práticas de educação em saúde (Trapé, 2005). Os resultados mostravam que a educação em saúde praticada no cotidiano do trabalho daqueles ACS encontrava-se notadamente baseada em orientações de mudança de comportamento para prevenção ou estabilização de sintomas de

doenças crônicas e no julgamento moral (o que é certo ou não se fazer: aborto é errado; cuidar da sogra doente é certo). As estratégias de educação em saúde utilizadas nesses casos eram o amedrontamento (“se não parar de tomar refrigerante terá o pé amputado por causa do diabetes”) e o convencimento (“O senhor quer apostar comigo? Se o senhor ficar um tempinho parado o seu pé vai deixar de ficar preto”). Imediatamente os ACS participantes se identificaram com aquelas práticas e com as perspectivas. Os participantes reconheciam que visitas mensais, perguntas repetidas, para preenchimento de fichas e prontuários, sobre sintomas das doenças de atenção prioritária da AB (tuberculose, diabetes, hipertensão, hanseníase e conforme calendário programático, dengue), e a realização de orientações padrão de como proceder em cada caso (para manter a pressão arterial, exercício físico e alimentação sem sal, etc) era desgastante para o trabalhador e para a população, além de ficarem restritas à atenção à doença e não a resposta de necessidades de saúde de moradores daquele território. No entanto, tinham dificuldade para elaborar outras estratégias para cumprir as tarefas designadas e, mesmo desacreditando nesse trabalho como possibilidade de aprimoramento das condições de saúde da população, continuavam reiteradamente a fazê-lo por anos a fio. Alguns ACS questionavam a equipe sobre o processo de trabalho, mas não obtinham respostas diferentes das que conheciam, então passavam a inovar as práticas por conta própria, ainda que timidamente. Ao invés de repetir as perguntas programadas aos usuários da USF, passavam a perguntar: “O que tem te atrapalhado ultimamente?” ou “Como eu posso ajudá-lo para que sua saúde melhore?” Citaram o projeto de um grupo, direcionado aos jovens, para prevenir prostituição, DST e o ingresso desses jovens no tráfico de drogas, coordenado pela psicóloga da USF com a co-coordenação de um ACS. Nesse grupo, como estratégias de aproximação, se utilizaram filmes e discussões sobre assuntos diversos, sem focar os temas em questão, já que se

percebeu que essa forma sustenta a participação dos jovens no grupo, enquanto que palestras e orientações não são estratégias que levam os jovens à reflexão.

Já nas últimas oficinas havia, então, como resultado de reflexão, a partir da realidade concreta, a conclusão de que as formas de educação em saúde praticadas pelos ACS e pela equipe de saúde em geral têm pouca ou nenhuma resolubilidade, trazendo o maior peso para o cotidiano de trabalho do ACS.

Dessa forma, na sétima oficina a compreensão sobre a determinação social do processo saúde-doença foi retomada e rapidamente os participantes passaram a associar situações vivenciadas no território e problemas de saúde dos moradores a condições precárias de vida e trabalho. Nessa oficina discutiu-se um caso apresentado por uma participante, de uma moça que apresentava sintomas depressivos e logo a equipe da ESF tentou encaminhá-la ao médico psiquiatra para que fosse medicada, mas como esse não era um recurso de fácil acesso no território a própria ACS se dispôs a visitar a moça semanalmente. A ACS incentivava a moça a vender as peças em crochê que tecia e ao longo do tempo algumas encomendas surgiram e aos poucos os sintomas depressivos foram desaparecendo à medida que a moça sentia-se valorizada por seu trabalho e tinha suas necessidades materiais e imateriais mitigadas. Os participantes analisaram que o fato da moça estar desempregada gerou dificuldades que se expressaram em forma de sintomas depressivos (isolamento, tristeza, emagrecimento). Apesar de ser ilustrativo de uma boa forma de se lidar com o adoecimento, discutiu-se a impossibilidade de conduzir todos os casos dessa forma, já que cada ACS seria responsável por acompanhar ao menos 200 famílias, o que não lhes permite visitas frequentes a todas. Ademais, o caso foi caracterizado como “de sorte.” já que a moça tinha habilidades manuais. Os participantes demonstraram dificuldades em sugerir novas práticas que dessem conta das demandas apresentadas.

Seguiu-se, dessa forma, discussão acerca da importância de compreender as raízes dos problemas da população, de denunciar as contradições percebidas pelos moradores da área, de incentivar a participação social e a politização, reiterando a saúde como direito social e a presença do Estado no território como mecanismo de proteção social efetiva, com a sugestão de que este possibilite o trabalho intersetorial, que é o que possibilita ações voltadas aos determinantes do processo saúde-doença. Caminhou-se para a compreensão de que práticas voltadas para esses objetivos, pautadas na determinação social do processo saúde-doença são mais efetivas e mais próximas do papel do ACS na ESF.

A oitava oficina foi dedicada ao aprendizado de instrumental educativo. Um jogo educativo utilizado por Yonekura e Soares (2010) mostrou-se como boa estratégia de sensibilização e aprofundamento de discussões sobre os valores sociais com adolescentes. Foi proposto nesta oficina que os participantes discutissem alguns temas sorteados, dentre os que haviam sido abordados no processo educativo. O jogo permite que os jogadores se expressem e mudem seus posicionamentos ao longo da discussão e, de acordo com o estudo citado, também se mostrou um recurso interessante para a educação em saúde, facilitado pelo caráter lúdico e descontraído. Os participantes colocavam seus pontos de vista sobre o tema sorteado (por exemplo: “Educação garante o futuro”, “Andar na moda faz a gente se sentir bem”, “Pessoas mais velhas devem ser respeitadas”) e as falas iam se contrapondo ou se complementando até que o grupo chegasse a um consenso e novo tema fosse sorteado. Ao final da oficina refletiu-se sobre tal estratégia para educação em saúde.

A última oficina se configurou como um encontro para avaliar o que se tinha apreendido no processo educativo e discutir as perspectivas frente ao trabalho e à vida dos participantes. Não se utilizou gravador de áudio para documentar essas últimas discussões, no entanto percebeu-se que as gravações não

modificavam a participação dos ACS nas discussões, não os ameaçava, nem os deixava preocupados com os possíveis desdobramentos, caso os dados coletados fossem expostos extra grupo, pois havia aposta e confiança naquele espaço de reflexão acerca das contradições vivenciadas no campo das práticas, dos sentimentos, dos papéis exercidos pelos ACS e das contradições compreendidas na esfera macro estrutural. Todos os participantes mostraram-se satisfeitos e mesmo gratificados por terem participado desse processo.

4.4.2 Segunda etapa: elaboração de material de apoio

Na segunda etapa os participantes se encontraram a fim de construir material de apoio para o enfrentamento do consumo prejudicial de drogas no território, denominado por eles de “Álcool e drogas: um milhão de ações”, e que encontra-se inteiramente descrito no material em anexo (ANEXO A). Essas oficinas partiram da discussão de 3 casos propostos, todos construídos a partir de relatos de experiências dos ACS durante o processo educativo. O quadro 3 mostra os objetivos e estratégias de cada caso discutido nessa segunda etapa.

Quadro 3: Objetivos e estratégias das oficinas da segunda etapa

Caso	Objetivo	Estratégia
I -Território como espaço de trabalho e vida: identificação e interpretação de necessidades de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar a heterogeneidade social entre diferentes territórios ✓ Apreender a heterogeneidade das necessidades de saúde dos moradores dos territórios ✓ Discutir a natureza das ações dos ACS frente às necessidades de saúde identificadas nos territórios onde atuam 	Representação da heterogeneidade de São Paulo, em termos de inserção social, por meio da descrição de condições de trabalho e vida dos moradores de dois bairros da cidade, um rico e outro pobre.
II- “Ela é uma boa mãe”	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconhecer as características do envolvimento com drogas em tempos atuais ✓ Identificar a condição da droga como mercadoria ✓ Analisar as características da sociabilidade dos jovens na atualidade nos espaços de atuação dos ACS ✓ Reconhecer as diversas formas de envolvimento com drogas 	Leitura e discussão de um caso fictício, utilizando questões acerca das dimensões individuais e familiares, do grupo social e do território
III- “Agora o casal não briga mais”	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar e analisar condicionantes da situação em que o casal se encontra ✓ Reconhecer as necessidades de saúde da família ✓ Identificar respostas às necessidades de saúde identificadas 	Leitura e discussão de um caso fictício utilizando questões de dimensões individuais e familiares, do grupo social e do bairro.

4.4.2.1 Descrição das oficinas da segunda etapa

Para o primeiro caso discutido, como estratégia, inicialmente, de posse de dados do Mapa da Exclusão/Inclusão Social disponível no site da Prefeitura de São Paulo⁴ foi solicitado aos ACS que escolhessem dois Distritos Administrativos da cidade de São Paulo que conhecem.

A orientação foi para que elegessem bairros que representassem a heterogeneidade de São Paulo, em termos de inserção social (por meio da descrição de condições de trabalho e vida dos moradores). Para essa escolha, os participantes começaram por reconhecer características de inserção social de moradores desses distritos e seus bairros. Com esse objetivo responderam, utilizando os dados oferecidos anteriormente, as seguintes questões:

- Qual foi a nota obtida pelos Distritos escolhidos no Mapa de Exclusão/Inclusão Social do município de São Paulo?
- Que dados desses Distritos vocês escolheriam, para justificar a nota obtida no Mapa de Exclusão/Inclusão Social do município de São Paulo?

Os Distritos escolhidos foram Sapopemba e Mooca, focalizando-se neles os bairros de mesmo nome.

Foi proposto que cada grupo relatasse aos demais as características dos bairros escolhidos, por meio de representação gráfica (desenho). Para estimular a discussão indicou-se algumas questões acerca da estrutura dos bairros e as formas de viver de seus moradores.

A partir dessas questões os participantes foram divididos em dois grupos, sendo que cada um representou com um cartaz desenhado os bairros escolhidos. Uma reflexão acerca das

⁴ http://www9.prefeitura.sp.gov.br/sempla/mm/index.php?texto=corpo&tema_cod=5

diferenças entre os bairros encontradas foi realizada com os participantes.

Os ACS analisaram primeiramente o bairro de Sapopemba, território que abriga precárias condições sociais.

Seguiu-se, então, a análise do bairro da Mooca, território que dispõe de melhores condições sociais.

Após apresentação dos pôsteres com as representações gráficas de cada um dos dois bairros os ACS concluíram que as necessidades de saúde não podem ser as mesmas para os moradores desses dois territórios, já que o acesso ao que responde às necessidades também não é o mesmo, ou seja, são desiguais a distribuição de trabalho com carteira assinada e salário digno, transporte de boa qualidade, casas com os serviços de infraestrutura, acesso à boa alimentação, poder contar com instituições sociais (serviços de atenção à saúde com equipe completa e atendimento resolutivo, creches, escolas, cursos técnicos, espaços de lazer, segurança no bairro), espaços de participação da população, para se juntarem e reivindicarem melhorias para o bairro, como por exemplo um centro de convivência com atividades e passeios para moradores, incluindo idosos, horta comunitária, entre outros espaços, projetos e ações de fortalecimento das condições de trabalho e de vida, que fizessem frente aos desgastes que ameaçam a saúde desses moradores.

No segundo caso os participantes dividiram-se em grupos de 4 ou 5 componentes, leram e discutiram um caso fictício, previamente escrito a partir da junção de fragmentos de vários casos verídicos acompanhados pelos ACS, os quais foram discutidos nas oficinas anteriores. A discussão foi guiada por roteiro de questões.

Após a discussão nos pequenos grupos cada um deles apresentou sua síntese provisória para os demais, suscitando debate entre eles e conduzindo à síntese final.

Buscou-se mediar as discussões e a síntese final deste caso considerando-se o conceito de necessidades de saúde discutido

anteriormente, ou seja, a partir da compreensão de que as condições de saúde estão diretamente ligadas às condições de vida, que são consequência das condições de trabalho. São essas condições que determinam em que grupo social estamos inseridos e são elas que configuram as raízes das necessidades de saúde (Campos, Mishima, 2005).

Portanto, se a intenção do projeto assistencial do serviço de saúde for atingir os determinantes das necessidades de saúde – as condições concretas de trabalho e de vida - as práticas devem ser planejadas para atingir mais do que o problema de saúde reconhecido pelo usuário e trazido ao serviço.

Para responder à complexidade das necessidades de saúde são necessárias práticas de vários outros setores, articulados às práticas de saúde, como as do setor da educação, da assistência social, dos esportes, do verde e meio ambiente, entre outros, uma vez que as práticas de saúde não conseguem interferir nas condições concretas de trabalho e de vida dos moradores do bairro.

A única forma de atingir os determinantes das necessidades de saúde é por meio de ações intersetoriais, mas essas ações não têm sido efetivadas entre USF e os demais setores. A resposta mais oferecida tem sido a consulta – médica ou de enfermagem -, geralmente focalizada nas doenças e nos mal estares físicos e psíquicos, a solicitação de exames e a oferta de medicação. Por isso os usuários solicitam tanto esses procedimentos, foi o que os serviços de saúde “ensinaram” aos que os procuram.

Mas, uma vez que só as práticas realizadas no setor saúde não respondem à complexidade das necessidades de saúde, os trabalhadores de saúde sentem-se impotentes diante de situações como a da “boa mãe”, personagem do caso (fictício) relatado e passam a avaliar que no setor saúde nada é possível fazer.

Há situações, como essa, para as quais não se pode oferecer a solução, como se oferece um analgésico para uma dor. No

entanto, mesmo não tendo respostas, há o que ser feito com práticas do setor saúde.

O ACS desenvolve a maioria das atividades da sua prática no contato direto com moradores, geralmente dentro das residências. A natureza do trabalho do ACS o coloca numa posição nem sempre confortável, ele é morador da região, às vezes vizinho da família monitorada e até ser ACS entrava nas casas como amigo ou como vizinho e agora entra como trabalhador da USF.

O limite é muito tênue entre ocupar uma posição ou outra, por isso não é incomum “dar bronca”, dizer coisas que se diria a um amigo e nessas julgar situações com as quais se depara no cotidiano do trabalho. Não é raro nos pegarmos pensando, ou dizendo coisas como: *“mas também, viver do jeito que ela vive só podia dar nisso...”* ou *“dorme até tarde, por isso não arruma trabalho...”* ou *“pois é, dinheiro pra comprar esmalte ela tem, mas pra comprar leite não...”*, *“mora na favela, numa casa que nem acabamento tem, mas tem uma TV LED que nem eu tenho condição de comprar...”*, dentre tantas outras. É uma atitude por vezes automática, mas que não ajuda a pensar em alternativas para ajudar a família a enfrentar os desgastes da vida e ainda por cima coloca a culpa no indivíduo pela situação que está passando, pois julga que se fizesse de um jeito diferente isso não estaria acontecendo, o que não é possível se saber.

Para desenvolver suas práticas é muito importante que os trabalhadores estabeleçam vínculos, relação de confiança com a família, relações que serão mais fortes quanto mais a relação entre trabalhadores e a família for respeitosa e quanto menos fizer julgamentos de situações com as quais se depara no cotidiano do trabalho.

Na discussão do caso os participantes da oficina sinalizaram a necessidade de se desfazer de preconceitos e julgamentos morais. Antes de qualquer coisa, salientaram os participantes, é preciso

entender o que há por trás, os motivos que levam as pessoas a tomarem certas atitudes.

Na família descrita no caso, os filhos já estavam envolvidos com o tráfico de drogas, muito provavelmente porque não tinham outras possibilidades que lhes permitissem escolhas; encontraram no tráfico a possibilidade de um estilo de vida que não conseguiriam desfrutar se estivessem desempregados, ou inseridos em outra atividade no bairro – que muito provavelmente seria uma atividade sem exigência de qualificação; logo, só teriam acesso a baixos salários. Dessa forma, esses jovens não teriam acesso a bens de consumo que simbolizam o “ter se dado bem na vida”. Portanto, por mais arriscado que seja o envolvimento com a atividade em que se inseriram, é uma oportunidade muito tentadora, quase irrecusável, pelo montante de dinheiro que proporciona.

Dessa forma, a inserção de jovens em atividades ilícitas, mas que lhes possibilite o consumo de artigos de luxo não é escolha. Ao contrário, é falta de opção.

Em relação ao processo de trabalho do ACS apontaram que para identificar necessidades de saúde a primeira coisa a ser feita é levantar mais dados sobre a família, para conhecer suas percepções e crenças do que é preciso para se ter saúde e, junto com a família e com os trabalhadores da USF, reconhecer quais são as necessidades de saúde dessa família e com isso também as necessidades das famílias moradoras na mesma parte do bairro.

Para planejar práticas ampliadas é imprescindível que o ACS, durante as visitas domiciliares, obtenha informações a respeito dos trabalhadores da família (atividade realizada, se tem registro em carteira de trabalho, número de horas trabalhadas por semana, benefícios que recebe desse trabalho, quem e quantos são os trabalhadores desempregados, entre outras que julgar necessárias.

Os ACS participantes da oficina concluíram que uma de suas funções é, junto com a equipe da USF, identificar necessidades de saúde de moradores da área sob responsabilidade da unidade e

como uma das funções do trabalho do ACS é fazer “ponte” entre as famílias que monitora e os trabalhadores da USF, esse trabalhador é importante fonte de informações para o reconhecimento de necessidades de saúde do usuário do serviço, que precisa ser estendido às famílias e ao grupo social em que estão inseridas.

Em geral a ESF está instalada em bairros considerados pobres e vulneráveis socialmente, isto é, as respostas a necessidades de saúde dos moradores não são contempladas. No caso apresentado as necessidades de saúde são: acesso a serviços de saúde e de educação de boa qualidade, a condições dignas de moradia, alimentação adequada, necessidades possíveis de serem atendidas a partir da inserção dos moradores em trabalhos que lhes possibilitassem esse acesso, bem como a presença do Estado no bairro, garantindo o acesso a serviços sociais.

Para atender necessidades de saúde dessa e de outras famílias do bairro, seria necessária a articulação entre práticas de instituições sociais de outros setores, mas também o fortalecimento da participação social, por meio de movimentos populares que se associem a representantes do Estado (trabalhadores da USF, por exemplo), uma vez que as unidades de saúde, isoladamente, não têm respostas a todas as necessidades de saúde dos moradores do bairro. A alternativa é construir uma rede social, composta por moradores e trabalhadores das diversas instituições sociais do bairro para lutar pela igualdade de direitos dos moradores. Ou seja, atender necessidades de saúde é uma atividade política, pois depende da luta por direitos sociais, como o direito à saúde.

A título de exemplo, a USF poderia envolver-se na criação de projetos articulados ao projeto pedagógico de escolas, com a finalidade de envolver os estudantes na discussão sobre os valores em pauta na sociedade, bem como valores associados ao aprimoramento humano, propondo atividades coletivas de reconhecimento do bairro, como fotografia, mural, entre tantas, que recuperem suas raízes, em narrativas que recomponham sua

história, que permitam sendo de continuidade e de pertencimento, atividades que estimulem os jovens a pensarem a respeito de suas perspectivas de futuro.

O Estado tem papel de garantir serviços e instituições sociais que contribuam para o aprimoramento das condições de trabalho e vida dos moradores do bairro – escolas que aprimorem a formação crítica dos estudantes; serviços de saúde com trabalhadores que tenham como finalidade o aprimoramento das condições de saúde da totalidade dos moradores do bairro; segurança pública que garanta a segurança da população e não só a punição.

Finalmente, no terceiro caso a mesma estratégia do caso anterior foi utilizada. As questões para discussão também foram as mesmas e após a discussão nos pequenos grupos cada um deles apresentou para os demais, suscitando debate entre eles e conduzindo à síntese final.

Os ACS participantes da oficina reconheceram semelhanças entre o caso descrito e a realidade de famílias que encontram em seu cotidiano de trabalho.

Para o planejamento de uma estratégia de ação, avaliaram, o primeiro passo seria identificar outros dados dessa família, os disponíveis precisam ser complementados, provavelmente foram coletados sem muito tempo para aprofundar a conversa, diante do conjunto de tarefas diárias que os ACS desenvolvem no trabalho. Para se obter mais informações para auxiliar no reconhecimento de necessidades de saúde é necessário ter mais tempo disponível, para a interpretação dessas necessidades, junto com o usuário, é imprescindível que esteja estabelecida relação de confiança entre as partes envolvidas. Por isso, outras visitas do ACS serão necessárias, uma vez que é esse trabalhador que identifica grande parte das informações e as discute com a equipe de saúde da USF.

Inicialmente houve um esforço do grupo para dar respostas/soluções imediatas, sugerindo ações direcionadas aos

problemas encontrados no caso, com enfoque nos mal estares físicos dos personagens.

Os ACS sugeriram que o melhor seria começar por discutir o caso com a equipe, para refletirem quais dados precisariam conhecer para identificar necessidades de saúde daquela família. Em seguida realizariam uma visita domiciliar com a enfermeira no domicílio do casal e retornariam as informações para a equipe, favorecendo uma discussão mais aprofundada do caso entre os membros da equipe para que, cada um disponibilizando os recursos específicos da sua profissão, pudessem planejar respostas às necessidades detectadas.

Os participantes da oficina concluíram o quadro clínico de Rita, uma das personagens apresentadas, que parecia depressão, vinha se desenvolvendo aos poucos, certamente não tinha aparecido assim “do dia para a noite”, disseram. Afinal, desde que os filhos saíram de casa e após a aposentadoria do marido, Bento, ela tinha pouco estímulo para encontrar pessoas e conversar. Parece que foi ficando cada vez mais em casa, sozinha, pois Bento ficava o tempo todo no bar e quando voltava para casa só se falavam para brigar. A vida foi se tornando sem sentido, sem projetos, Rita e Bento já não faziam planos para o futuro.

Para Bento, sugeriram começar por sensibilizá-lo da necessidade de consulta médica. Apesar dos ACS considerarem que a dor de cabeça e o começo do hábito de beber tenham ocorrido em função da preocupação com a falta de dinheiro e o desgosto de ficar sem fazer nada, no momento ele precisava de cuidados com o inchaço nas pernas, com a sua pressão arterial.

Os participantes da oficina sugeriram que no atendimento de Bento e Rita, desde o acolhimento até o planejamento do tratamento, fosse contemplada a participação deles e não só a equipe dizer o que eles precisam fazer. Só eles é que podem saber o que sentem e qual é o jeito de lidarem com as questões da vida e da saúde-doença.

Sabia-se que o casal vivia da aposentadoria de Bento e que o dinheiro andava curto na casa, mas ao menos não pagavam aluguel, pensaram os participantes. Uma forma de estimular a convivência do casal poderia ser realizarem alguma atividade juntos, quem sabe visitar os filhos de tempos em tempos?

Os ACS sugeriram retomar com Bento e sua esposa a memória de como eram as relações familiares antes dele se aposentar e como é o relacionamento do casal com os filhos (com que frequência se encontram, o que fazem juntos). Verificar também o que o casal gostava de fazer, com a ideia de reforçar os vínculos familiares.

Os ACS avaliaram que os filhos deveriam ser informados sobre as condições de saúde dos pais, para ficarem mais próximos deles.

Inicialmente o grupo pensou em como proceder para ajudar a esposa a enfrentar o quadro depressivo.

A primeira providência seria propor a avaliação da tristeza dela, por médico da USF, para diagnóstico e conduta medicamentosa, se necessário. Com o propósito de estimular o convívio dela com pessoas da mesma faixa etária, foi proposto que a ACS fosse aos poucos encorajando-a e estimulando-a a participar de atividades grupais na USF. Ao mesmo tempo, consideraram que na USF são poucas as atividades que promovem encontros para estimular a sociabilidade. Os poucos grupos existentes em geral são coordenados por ACS, que pelo grande número de visitas domiciliares que precisam fazer para atingir as metas, ficam a maior parte do tempo nas ruas e quando retornam para a unidade têm diversos formulários para preencher, inviabilizando a realização de mais práticas com os usuários da Unidade.

No entanto, os ACS consideraram que só a participação em grupos de atividades não seria suficiente; seria muito bom, mas representaria parte do processo de resposta a necessidades de saúde.

Já em relação à rotina de Bento, que resumia-se em permanecer praticamente o dia todo no bar, bebendo e jogando dominó com os companheiros de copo, ponderou-se que o bairro não oferecia espaços nem possibilidades de atividades que pudessem “fazer concorrência” com o dominó no bar.

Os ACS consideraram que grande parte dos moradores dessa parte do bairro viviam na mesma condição – do trabalho para casa e de casa pro trabalho, não saiam do bairro nem para passear, muitos nem conheciam a av. Paulista.

Portanto, principalmente os homens, depois da aposentadoria, não sabiam como preencher o tempo livre.

Neste segundo momento as necessidades de saúde saíram do âmbito dos resultados do processo saúde-doença, isto é, dos problemas de saúde já instalados e passaram ao âmbito dos determinantes. Destacam-se assim como necessidades de saúde - ausência de espaços para interação entre os moradores do bairro, e para a realização de atividades físicas; poder de consumo muito baixo, o que dificulta também a busca por outras formas de lazer, que requereriam sair do espaço do bairro.

O bairro precisa de melhorias de ordem estrutural, como implementar espaços de lazer, parques, mais e melhores serviços públicos de educação e de atenção à saúde. O Estado (prefeitura, estado ou federação) deveriam ainda, proporcionar ligação de todas as residências com água encanada, esgoto, luz, coleta de lixo regulares.

Os ACS avaliaram que um bom começo seria mobilizar a participação social, por meio de encontros entre os moradores, nos quais ficasse explícita a ausência do Estado no bairro, e mobilizasse movimentos sociais que pensassem em possibilidades de melhorias para aquele território.

Os ACS sugeriram que a participação dos moradores poderia começar por reivindicar a construção de um centro comunitário de convivência com atividades voltadas a moradores de todas as

idades, com horta comunitária, atividades específicas para a terceira idade (ginástica, natação, artesanato, entre outras), que organizasse excursões culturais pela cidade, viagens, entre outras ações que promovessem a sociabilidade.

Pensaram também que esse poderia passar a ser o espaço para os moradores se organizarem para reivindicar os seus direitos, para participarem mais “da vida do bairro”. Esse seria um espaço que acolheria Bento e demais aposentados, para realizarem muitas atividades.

Os ACS também avaliaram que eles próprios precisam reconhecer amplamente o que existe no bairro, para orientar os usuários e para estimular a participação coletiva e o reconhecimento desses espaços e direitos a fim de instrumentalizar os usuários. Os agentes são agentes de direitos humanos.

O Estado tem o papel de organizar o espaço público e oferecer os recursos necessários para que a população viva em melhores condições, promovendo melhores condições de saúde. Para isso, deve promover concursos públicos para que os profissionais possam ser estimulados a permanecer no local e oferecer atendimento com satisfação. Além disso, o Estado deve proporcionar espaços de trabalho, lazer e educação. Pois essas famílias sentem-se desprotegidas e apresentam um universo cultural muito precário, o que não lhes possibilita fazer projetos.

A que instituições sociais as famílias como as de Bento poderiam recorrer para procurar respostas a suas necessidades de saúde? Basicamente os serviços de saúde que respondem, na melhor das hipóteses com consultas, medicações e pedidos de exames; a escola com poucos recursos, que pouco tem instrumentalizado os jovens para conseguir trabalho ou continuar os estudos em ensino técnico ou universitário; a delegacia de polícia, que mais pune do que protege a população.

O grupo avaliou que o ACS tem papel importante na obtenção de informações e na instrumentalização dos moradores para se

organizarem em movimentos que lutem pelos seus direitos e por respostas a suas necessidades de saúde, que para aprimorar as condições de saúde profundamente precisam ser muito mais do que apenas ações em serviços de saúde.

O problema do consumo de drogas de Bento deslocou-se dessa forma da culpabilização individual para a compreensão social. Dessa forma, diminui a impotência e ampliam-se as possibilidades de atuação.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Procurou-se seguir as etapas propostas por Bardin (2006) para análise de conteúdo, com apoio do referencial teórico e do método dialético na composição das categorias empíricas.

Dessa forma, a partir da transcrição das oficinas da primeira etapa o material foi analisado obedecendo-se os objetivos do processo educativo e, portanto procurando-se caracterizar as Transformações sobre as concepções sobre drogas e usuário de drogas e Transformações nas práticas de trabalho do ACS.

O discurso dos agentes concernentes às concepções sobre drogas e usuário de drogas foi analisado e categorizado utilizando a categoria central de análise, a unidade objeto (aquilo que se pretende transformar) e sujeito (aquele para quem as ações são direcionadas), e suas variações conforme definidas no trabalho de Santos, Soares e Campos (2010), que analisou as concepções que orientam as práticas de Redução de Danos no Brasil. Novas categorias empíricas (aquelas encontradas na realidade apreendida) foram criadas de acordo com o quadro 4.

Quadro 4: Categorias de Análise e Categorias Empíricas utilizada na análise dos resultados.

Categoria de Análise Unidade objeto-sujeito	Explicação das variações	Categoria Empírica
I - Unidade dependência/dependente	Os sujeitos são considerados passivos diante do uso de droga; a abstinência é tida como solução única para o problema e a dependência é vista como única forma de se relacionar com a droga.	Abstinência de drogas
II- Equação consumo/usuário de droga	A busca de substâncias psicoativas serve a diversos propósitos; a alteração da psicoatividade é tida como forma de alívio de angústia; o usuário de droga é visto como sujeito autônomo se assim desejar e assume uma "identidade de usuário"; há responsabilização individual pelo fracasso ou sucesso.	Autonomia e responsabilização individual
III- Objeto/sujeito está alicerçada nos modos de vida de uma determinada "comunidade"	Diversos fatores são correlacionados ao uso de drogas e às consequências disso. Há uma adequação do uso para não evolução para a dependência de drogas; a promoção da saúde se mostra como uma alternativa para melhorar aspectos da vida relacionados com os danos que o uso de drogas gera.	Uso tolerável de drogas
IV- Unidade entre riscos sociais e população em geral	A preocupação se desloca do indivíduo para a população, então há intenção de diminuição de agravos através de modificações propostas e a ideia que o uso de drogas pode gerar danos pessoais e sociais. Nesse sentido, as práticas estão voltadas para a garantia de menor uso de drogas e/ou menor dano ao usuário de droga, as quais também devem ser realizadas pelas instituições e pelo Estado.	Uso de drogas como risco social
V - Produção, distribuição de substâncias psicoativas/classe social	Está em pauta a relação do fenômeno do consumo de drogas com as macroestruturas complexas do sistema capitalista de produção. Dessa forma, as respostas sociais para os problemas apresentados também se ampliam.	Mercadorização das drogas

Já as práticas de trabalho do ACS foram analisadas a partir da categoria processo de trabalho, sendo tomadas as práticas dos ACS como práticas sociais cujos elementos - objeto, finalidade, trabalho em si e meios e instrumentos (Queiroz, Salum, 1996) – foram sendo apreendidos durante o processo educativo. Dessa

forma, foram analisadas as práticas, suas críticas e propostas de mudanças.

As falas dos ACS demonstrando o percurso da formação realizada foram aqui expostas, transcritas na íntegra ou editadas, para compor sínteses representativas de excertos ou discussões mais longas e serão apresentadas com a devida identificação que corresponde ao momento do processo (ex. Of1, Of2, Of3 e assim por diante).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Além do contrato estabelecido, e de acordo com os preceitos legais, após aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo nº159/11 (Apêndice 2), os participantes foram esclarecidos em relação à liberdade de desistir de participar a qualquer momento se assim o desejassem. Assinaram também uma autorização através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3), que esclarece sobre os objetivos da pesquisa, sobre a necessidade de gravação e sobre a utilização em publicações em eventos e artigos científicos.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados será apresentada a seguir, considerando-se as categorias empíricas analisadas.

5.1 TRANSFORMAÇÕES NAS CONCEPÇÕES SOBRE DROGAS E USUÁRIOS DE DROGAS

5.1.1 Categorias I e II: Abstenção das drogas e Autonomia e Responsabilização Individual

Essas categorias empíricas abarcam concepções apresentadas pelos agentes nesta pesquisa de maneira mais expressiva no início do processo educativo (oficinas 1 e 3), quando o discurso sobre o tema era muito crivado pelo caráter opinativo e baseado no senso comum.

Não raro as drogas são tidas como sendo o mal em si, que destroem os usuários e suas famílias e que estão presentes em todas as classes sociais e idades de forma homogênea. As concepções de enfrentamento de drogas estão ligadas ao proibicionismo e ao controle da oferta de drogas, que deve ser realizado pelo Estado e também pelos agentes de saúde.

“O problema da droga na minha micro, tanto na minha micro como em geral é que se alastrou muito rápido e agente fechou os olhos pra essa causa porque não tá só aqui, não tá só nessa micro, não tá só em São Paulo, tá no Nordeste, tá no interior... Desde cedo, muito cedo, crianças de 9, 10 anos, na minha micro tem bastante, tem adolescente, tem criança, criança de 9 anos, tem de 11, tem pai de família, tá alastrado. A droga tá acabando, desestruturando a família inteira, as pessoas, as crianças. Então é bom, é bom a gente sempre participar realmente de todo tipo de palestra, de curso que for preciso se juntar pra ver se a gente consegue barrar um pouco, porque se a gente não se juntar pra barrar um pouquinho, aí fica difícil mesmo, aí a gente não vai conseguir, quanto mais a gente não fizer nada, quanto mais a gente deixar pra lá, vendiar os olhos, não falar ou lavar as mãos ou falar “não, deixa que o

governo só faz a parte dele”, não vai dar certo. Acho que todo mundo tem que se juntar mesmo pra barrar um pouco isso aí.” Of1

“Você vê famílias destruídas por causa desse vício, famílias destruídas. Uma mãe que tem o filho usuário, ela sofre que ela não confia nele com a bolsinha dela, ela não confia nele abrir o guarda-roupa dela, quer dizer, ela perde a confiança do filho [...] de uma certa forma ela acaba entrando com ele, essa destruição que é inaceitável [...] Liberando-se [outras drogas que hoje são ilícitas] que nem o álcool, o cigarro pra quem quer pagar e comprar... mas e essas pessoas que se auto destroem? Vai continuar.” Of3

Também registra-se a concepção de que a única relação possível com as drogas é a de dependência desde o primeiro contato, justificando, mais uma vez, a abstinência. Dessa forma, para “sair das drogas”, o usuário precisa ter *força de vontade* e *boa índole*. Associa-se o uso de drogas à vida desregrada, fadada ao fracasso e, portanto, para que obtenha sucesso o usuário precisa abandonar velhos hábitos e adquirir novos. Essas mudanças ocorrem quando o usuário leva um *choque de realidade*, mas para isso precisa querer transformar sua vida e responder pela moral. Aqui, julgamento de valor acerca do uso e a culpabilização do usuário, o qual opta por fazer uso de drogas de acordo com sua índole, independentemente da educação que teve acesso, é bastante marcada.

“Tem [solução para o uso de drogas]. Ele saiu disso depois que ele viu um amigo dele sendo morto. Eu acho que o choque de realidade ajuda. Ele falou “eu não quero isso pra mim”, aí ele começou a trabalhar, a esposa dele tá grávida, eu acompanho ela todo mês. Ela fala com aquele orgulho “Eu tô passando no convênio, meu marido tá trabalhando, tá registrado, aí vou no convênio”. Então, eu acho que tem solução mesmo, basta querer. Só tem que ter força de vontade.” Of1

“Tenho um primo que é usuário. [...] minha avó que criou minha mãe, os meus tios, eles foram todos criados ali, nunca quiseram se envolver [com drogas]. Teve ‘quer usar? quer comprar? quer vender?’, e eles nunca aceitaram. O meu primo quis. A minha avó deu a mesma educação, então eu acho que nessa parte [...] é um pouco da índole da pessoa, porque a pessoa tem que ter opinião própria e falar “não quero”, porque quanta gente foi criada aí e não se envolveu? [...] Não tem culpa pai, não tem culpa mãe, é a personalidade da pessoa [...], cada um tem a sua personalidade, não tem igual, não é igual, ninguém é igual a ninguém[...]) Na minha micro o marido tacou um banquinho na cabeça da grávida por causa de álcool. Chegou em casa bêbado e, na frente do filhinho de cinco anos, cortou bem a cabeça dela, tomou ponto por causa de cachaça, bebida”. Of1

“Eu li uma vez que usuário de crack e outras drogas [quando está abstinente] se voltar pro lugar [onde costumava fazer uso de drogas], ele volta a usar. Porque parece um filme que passou na vida dela e volta tudo de novo, por exemplo a alegria, a euforia, volta de novo.” Of3

“Eu não sei se é verdade, mas segundo a ciência, uma vez que a pessoa faz uso do crack ela já se torna dependente.” Of3

No trecho isolado de um discurso que se mostra menos discriminatório em relação às drogas, isto é, com caráter crítico e apoiado no uso consciente de drogas, ainda assim o usuário é culpabilizado.

“Se o caso da droga fosse tratado como deveria ser, como no documentário, no caso da maconha como a gente viu, não é uma coisa de 7 cabeças. Poderia ter tratado menos como criminalidade, acho que já melhoraria um pouco, porque ele iria ficar igual o cigarro e o álcool. Aí só se você quiser usar você usa, mas você sabe dos riscos, você sabe como usar.” Of3

As concepções de drogas e de usuário/traficante de drogas trazidas pelos participantes se aproximam da do desviante, *malandro*, *marginal* e *ambicioso*, no entanto não encontram explicações plausíveis para a realidade apresentada, muitas vezes vivenciada por eles em suas próprias famílias. A contradição se faz presente quando se deparam com esse tipo de problemática em suas casas e não consideram que seus parentes e amigos tenham esses perfis ou características. Reconhecem que as pessoas “entram na vida” de traficante ou de usuário conscientes de que terão um desfecho trágico (*cadeia ou caixão*), porém esse horizonte não os amedronta ou, pelo menos, não os faz desistir desse caminho.

“Eu tenho um problema desses seriíssimo na família, o meu filho. Eu queria também entender porque têm pessoas [que estão envolvidas no tráfico] Vai fazer dois anos que ele tá preso. Ele é um cabeleireiro, tinha a profissão dele, tinha tudo do bom e do melhor, tinha carro, tinha moto, tinha tudo, profissão, tem um salão, tem empregados, e ele se envolveu com isso e ele foi preso traficando drogas, e é uma coisa que assim... Eu sofri muito no começo, hoje ela tá assim, meio que estável. Tenho ajudas de tratamento, em CAPS, médico, psicólogo, meus amigos

também dão maior força. Eu sofri demais... meu filho, 'cara', o que é isso? O que aconteceu? Onde eu errei? O que eu não passei pra ele? Por quê? O menino tinha tudo, então é muito duro... por quê? Você quer entender e até hoje eu não consigo entender o porque ele entrou nessa situação. Eu trabalhando na comunidade, passando pros adolescente, dando a cara, lutando, 'não, a gente não pode perder essa criança', 'vem cá, o que acontece com você?' Como eu posso ajudar? O que você tá precisando?' Eles escutam, mas também não querem saber, não dão tanta importância... Hoje eu me deparei com o meu filho. Meu filho preso. Foi condenada a dois anos e seis meses, já tá há dois anos no tráfico e ele vem de uma cabecinha desse tamanhinho de lá, ele já vem com a cabeça que ele quer gerenciar uma biqueira. Olha a cabeça dele... ele conta isso pra mim e acha natural. Eu queria entender." Of1

"Eu penso que às vezes é da índole da pessoa. Não só em relação à álcool e drogas, mas também à atitudes erradas. Mas tô aqui pra aprender e entender também, porque às vezes o que eu penso não é o certo. Também quero entender porque a pessoa entra nessa vida e a pessoa que já tem o conhecimento que aquilo não faz bem, tem a família unida e por que vai pra essa vida? Já sabe qual é o fim, né? Eu tive um caso na família que foi o meu tio. Ele hoje teria 30 anos, ele era 4 anos mais velho que eu, a gente cresceu junto, tinha a mesma vida, foi um dos mais paparicados porque era o caçula e aí entrou nessa vida e pouco tempo depois faleceu. Morto a tiros por causa dessa vida que ele entrou. Eu também quero entender, vim mais pra isso [...] tem que ter outras visões, a que eu tenho é uma, tanto que quando foram falar da morte dele pra mim não foi surpresa nenhuma, não tive atitude nenhuma, não chorei, não fui no velório, entendeu? Pra mim foi de Deus, entendeu? É a ambição, né? A ambição é assim, cada um tem motivo ou não tem." Of1

5.1.2 Categoria III: Uso tolerável de drogas

Também presente nas primeiras oficinas realizadas (1 e 3), essa categoria empírica traz certa permissividade em relação ao uso de drogas, especialmente do álcool (droga lícita), cujo uso é bastante disseminado no território.

Os participantes trazem histórias em que o uso de drogas é tolerável até que a saúde física seja comprometida, apesar de haver comprometimento prévio da saúde mental e das relações sociais em decorrência do uso prejudicial de drogas. Observa-se que há algumas concepções acerca das drogas e dos usuários de drogas, no entanto os participantes têm interesse em compreender melhor o fenômeno das drogas, pois não estão convictos sobre as explicações que lhes foram apresentadas antes da pesquisa. Aqui, a contradição também está em jogo à medida que o usuário abstinente

sente-se bem, mas por vezes sente-se estressado sem a droga, quando todos os filhos têm acesso à mesma educação, mas um deles acaba por envolver-se com drogas, quando as explicações comuns para o uso de drogas (*necessidade, um problema, um trauma de infância*) não fazem sentido quando se olha para a realidade concreta, ou mesmo o casal que se separa em um momento em que homem e mulher sentem-se bem e deixam de discutir, o que sempre faziam quando estavam casados.

“Na minha família tenho tios alcoólatras. Meu pai está sem beber desde abril porque ele pegou uma trombose e ia perder a perna; perdeu só dois dedos e nós da família, Deus perdoe a gente, a gente fala que foram os dois dedos mais bem perdidos da nossa vida porque, graças a Deus, ele não bebe mais. Já tá com setenta anos e a gente falou que pra quem ficou internado dois meses devido ao álcool, pra quem ia perder a perna, esses dois dedos, graças a Deus, fez ‘cair a ficha’. Tá difícil, a gente ainda têm dificuldade. A pessoa sempre bebeu, com setenta anos às vezes bate um estresse, a gente tem paciência, a gente sabe, tá dentro de casa não vai sair, né? Fica vigiando o tempo todo.” Of1

“Eu tenho uma prima que há menos de um mês teve seu quinto bebê dentro de uma casa de recuperação, os outros 3 ela perdeu. Eu tenho algumas perguntas: de onde veio isso? Por quê? Ela teve a mesma instrução, a mesma educação, tudo, tudo, tudo [igual a meus outros primos]. E tem o abandono da minha tia, que chega uma hora que não dá mais, virou as costas. De onde vem isso? Que nem foi falado aqui, da classe social? Presença ou ausência dos pais? Psicológico? Instinto? Sabe, é complicado entender pra poder ajudar alguém, mas uma coisa eu tenho certeza, a mídia e o tráfico têm mais poder.” Of1

“A gente vê a realidade, mas eu queria aprender um pouquinho mais sobre algumas coisas que a gente não entende, não consegue absorver. Eu venho de uma família de alcoólatras, já perdi três membros da família que morreram com câncer em decorrência do álcool, é muito pesado isso e eu tive problema com uso de droga na minha família, no meio dos parentes. Eu acho isso muito complexo porque não é uma necessidade, um problema, um trauma de infância, como dizem, é uma coisa que a gente não consegue... ainda não conseguiu criar uma lógica pra esse tipo de coisa e... A gente vive umas coisas que a gente não entende.” Of1

“Eu tenho casos na minha família também. Tenho primo, tenho tio que era alcoólatra e foi quase um infarto que ele teve, ficou todo inchado, aí ele foi parar lá no hospital, ficou lá em abstinência e ele acabou voltando. Não quis mais [beber]. Ele falou que não era isso que ele queria, que ele viu a morte de perto, falou ‘não quero mais isso’, e ele parou de beber. Tava super bem, engordou, trabalhando, tudo, porque ele era super magro e era um inferno a vida da minha da minha tia... Antes minha tia definhava, a cada dia ela ficava depressiva eram, brigas que eles tinham constantes, ele agredia ela, ela agredia ele, agredia os filhos e era aquele tormento na vida da minha tia. Agora eu tava de férias, fui na casa deles e eles dois tavam super bem. Ela não é mais mulher dele,

eles se separaram, mas ela falou que tinha muito dó dele porque nem a mãe dele queria ele, ninguém queria ele porque sabia que ele só queria saber da bebida. Aí minha tia tinha dó de pôr ele pra rua porque ela falou assim 'apesar de tudo ele é pai dos meu filhos; como vai ser meu filhos verem o pai jogado na calçada, bêbado?' Ela entrou em depressão tudo, agora não, agora tão tudo bem, ele 'saiu', decidiu 'sair', teve força de vontade de 'sair' porque tem de ter força de vontade." Of1

"Eu tinha amigas que sempre usaram droga. Nunca tive vontade de pôr na boca, nunca. Ou eu tive muita sorte na vida, estrutura boa, não sei." Of3

5.1.3 Categoria IV: Uso de drogas como risco social

Nesta categoria empírica encontramos um trecho que traz concepções acerca do envolvimento da população com as drogas. O participante refere que na micro área em que trabalha, notadamente uma favela, pessoas de todas as idades fazem uso de drogas, sendo muitas vezes o uso compartilhado entre a família. Jovens do sexo feminino são julgadas moralmente por engravidarem de encarcerados a fim de obter renda⁵. Nesse sentido, essa população se configura como potenciais usuários de drogas ou como pessoas que tiram proveito da situação vulnerável em que se encontram.

"Eu trabalho dentro da favela e não tem idade [para fazer uso de drogas], tem de 7, tem de 10, tem de 15 [anos de idade]. Das 80 famílias têm claramente registrado que tem um usuário dentro da casa, se não é o pai é o filho mais moço, mais novo, é a mulher que o menino arrumou, aí passa um outro a usar junto. Tantos gerentes [isto é, traficantes] como usuários. Tem a meninada de 15, 14 anos que arruma filho dos presidiários porque elas têm garantido uma pensão. Elas não querem trabalhar. Na minha área tem umas 10 meninas de 14 [anos] que já tiveram filho ou que estão grávidas, por esse motivo: 'não quero trabalhar', 'não tenho condições, então eu arrumo filho com quem tá preso, [recebo] 800 reais por filho'". Of1

⁵Faz alusão ao auxílio-reclusão, benefício oferecido aos dependentes do segurado da previdência social recolhido à prisão, durante o período em que estiver preso sob regime fechado ou semi-aberto.

5.1.4 Categoria V: Mercadorização das drogas

Quando a relação sujeito-objeto se amplia de forma que o sujeito deixa de ser individual e/ou vulnerável a riscos, e passa a ser a classe social, e o objeto deixa de ser a doença ou as situações de risco e/ou vulnerabilidade para se constituir complexamente na unidade produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas, passa a se colocar em pauta a relação do fenômeno do consumo de drogas com as macroestruturas complexas do sistema capitalista de produção. Dessa forma, as respostas sociais para os problemas apresentados também se ampliam.

Essa categoria empírica foi construída durante o processo educativo. Percebe-se que apesar de haver uma fala crítica na oficina 1 que se direciona para essa perspectiva, expressando compreensão mais ampliada do problema das drogas, a maior parte dos discursos que remeteram a explicações complexas e ampliadas sobre o fenômeno do consumo de drogas foram sendo formados ao longo da pesquisa e estão localizados principalmente nas oficinas 7 e 8.

“O álcool é uma coisa que muito me interessa porque tem muita gente alcoólatra. A gente vê vidas se perdendo por causa disso. É uma coisa muito antiga que tá impregnada. Muita gente não considera isso uma droga, por isso é livre pra qualquer pessoa. Inclusive saiu uma lei que menor não pode comprar bebida alcoólica e isso pra mim é só no papel porque na verdade, todo mundo compra, todo mundo bebe, principalmente nessas baladinhas que tem por aí que vai um monte de adolescente e usa até cair mesmo. É uma coisa que pra sociedade é lícita, todo mundo tem acesso, então acho que a lei não quer dizer nada diante do problema que a gente vive. Sobre a droga, no meu ponto de vista, pode ser que eu esteja falando besteira, mas não sei até que ponto isso é benéfico para nossos governantes porque é muito dinheiro que circula em cima da droga, então isso traz muita riqueza pro nosso país, então não sei até que ponto isso é benéfico. Por outro lado, são muitos filhos que estão se perdendo por causa da droga. Tem muita gente envolvida e a ganância de ter mais, querer mais e querer ter com pouco tempo e com pouco trabalho. Trabalhando a gente sabe que o salário que ganha no dia não tem como você ficar rico com isso, trabalha pra sobreviver e a droga traz essa luz no fim do túnel que é você ficar rico em pouco tempo, de viver como rico sem ter muito trabalho, embora você esteja viciando sua vida. Então, eu não sei, pra mim é muito difícil lidar com esse assunto porque é uma coisa que... é como se você tivesse que achar uma agulha num palheiro.” Of1

As discussões sobre os valores contemporâneos realizadas nas oficinas são exemplificadas nos discursos dos participantes, destacando-se a importância do *status*, como vestir-se com roupas caras e estar na moda, a desvalorização da criança ou do jovem que não tem valor de troca no mercado e a falta de ideais e de projetos futuros por parte jovens.

O tráfico se configura como mercado de trabalho, especialmente para aqueles que têm maior dificuldade em inserção profissional devido à precariedade de sua educação/formação e as drogas se transformam em mercadorias a serem comercializadas como quaisquer outras, tanto as lícitas quanto as ilícitas.

Os discursos revelam a possibilidade de outros tipos de relação com a droga que não a de dependência, a maconha é desmistificada (deixa de ser a droga que serve como “porta de entrada” para as demais drogas ilícitas que são mais nocivas) e o usuário deixa de ser associado à doença ou à marginalidade, passando a ser cidadão que tem direito de escolher quais drogas quer usar, mesmo que sejam ilegais. Os imediatos julgamentos morais e preconceitos acerca dos usuários dão lugar à busca de compreensão das raízes do problema do consumidor de drogas.

“Eu tava conversando com um menino, deve ter uns 15 anos. A mãe dele dá de tudo pra ele, ele não precisa... eu falei assim pra ele ‘Por que você está roubando? Você não precisa, você não precisa disso’, ‘Eu não preciso mesmo, é só pra status’. Você entendeu? Eu fiquei boba, eu achava que ele não iria falar nada pra mim. Quando eu vejo as pessoas falarem que dão de tudo, tem de tudo, me assusta, sabe por quê? ... Quantas vezes a pessoa faz de tudo, de tudo por aquela pessoa e a pessoa quer atenção, quer se mostrar e a pessoa acha uma forma de aparecer? É isso que eu falo, não da mãe dele, mas da sociedade”. Of5

“Que nem eu fico pensando que a família de hoje em dia não prega o sonho na cabeça dos filhos. Não começa com um sonho mais. Antigamente eu tinha o sonho de ser professora, hoje em dia você não vê mais as crianças ‘ah, porque eu quero ser isso, quero ser aquilo!’”. Of5

“A droga, como é um meio fácil de ganhar dinheiro, as pessoas, não só os jovens mais os adultos também, acham que é uma porta aberta pra conseguir o que querem, já que não consegue pelos meios legais, que é o normal.” Of6

“Eu conheço pessoas que usam crack, de final de semana. Trabalha a semana toda, eu não considero um viciado.” Of7

“Então assim, eu acho legal também porque o nosso olhar eu acho que mudou um pouco em relação a esses problemas que existem aí fora, porque antes a gente via [o uso de drogas] como uma doença, como falta de vergonha na cara. O problema é que via só a droga mesmo que era o problema.” Of7

“[...] tem de olhar pro dedo que a ponta a estrela, [...] ver o que existe daquilo lá que você está apontando, olhar além, no contexto, [...] porque olhando dessa forma você vai encontrar justificativa pra o problema. Se você ouvir a história das pessoas você vai ver que tem bastante coisa que justifica pra ela viver aquilo que ela vive. É a vida de todo mundo, independente de droga, todo mundo tem problema, então se você for ver o contexto daquela história da pessoa, você vai encontrar bastante justificativa pra aquilo, então eu acho que aqui abriu um pouco a mente da gente, ajudou a gente ver com outros olhos. Aconteceu.” Of7

“[...] depois que eu entrei como agente que eu fui conhecer verdadeiramente a laia. Apesar de morar ali eu não convivia ali. Quando eu entrei, nesses três anos que eu estou, que eu fui saber onde eu estava, eu sempre morei [lá] e não sabia o que tinha, eu não conversava com 80% deles e o preconceito cresceu mais ainda depois que eu entrei, então pra mim era a cabeça: ‘eu me criei aqui junto e não sou assim, por que eles tem de ser?’, todo aquele preconceito, mas (...) quando eu vim pra cá pra capacitação eu ainda tinha uma resistência muito grande, eu falei pras meninas: ‘eu fui sorteada, eu vou lá pra ver, pra ver como é que é mas não pra trabalhar com isso’. Então, eu gostaria de continuar pra ver até onde vai dar e ver o que a gente pode oferecer. Os grupos são muito importante mesmo, saber o que vai trabalhar se não for falar da droga, realmente, porque se for falar da droga não vai mesmo. Então, se a gente tiver essas estratégias que vocês tão fazendo a mente da gente, acho que vai compensar. Mesmo que um dia eu sair [da USF] tendo pra quem passar, tendo construído alguma coisa na unidade ou na comunidade referente a isso, que seja um grupo, mas a hora que eu saio já existe aquele grupo e alguém vai continuar. Eu achei bacana, muito bom, eu mudei a visão, até olho diferente. Aí tem um lá que não me suportava, mas eu tive que ir na casa dele esses dias, eu liguei na casa dele mas só dava ocupado, as informações dele ficavam com a mãe pra ela olhar, agora não, cumprimento o menino, aí já pergunto pra ele, aí eu falo: ‘menino, e essa tosse?’, já começo a questionar ele, não é mais pra mãe dele, agora eu já olho na cara dele, falo, ele põe a arma do lado e conversa comigo [...] Eu ignorava ele, eu ignorava, achava que isso era safadeza então eu ignorava, aí depois da capacitação aqui...” Of7

“Eu sempre tive assim uma visão... eu sempre tive na minha família [usuários de droga], então, eu sempre tive a cabeça muito aberta e às vezes eu me ponho muito na família. A E. por exemplo [paciente da micro área], eu me ponho muito no lugar dela e eu até falo: ‘se eu fosse ela eu bebia mesmo!’, porque é uma coisa assim, ela não pode contar com ninguém, sabe? Tem família, mas é a mesma coisa de não ter, tem marido, mas é a mesma coisa de não ter, então eu não sei... Tem hora que a pessoa bebe pra esquecer o problema ou usa droga.” Of7

“[...] achava que droga, a pessoa só usava mesmo porque achava que era uma doença e com essas apresentações que nós tivemos eu verifiquei que a coisa é bem complexa mesmo [...] Teve o capitalismo, o negócio das desigualdades sociais também, tem muita coisa junto

mesmo que acontece o negocio da droga. Modificou muito o meu pensamento em relação a isso, com certeza.” Of8

“Uma coisa que eu tenho visto que dá uma sensação de escalada [isto é, maconha como porta de entrada para outras drogas] é uma questão de mercado porque para o traficante o usuário de maconha não serve, agora usuário de crack, cocaína, o organismo mesmo tem uma certa necessidade de mais, dependendo de como ela usou, a pessoa, ela é muito mais interessante para o tráfico e aí o tráfico oferece como brinde [cocaína ou crack para quem compra maconha e trabalha no tráfico], então eu acho que isso fortalece esse pensamento de escalada porque isso acontece, o traficante brinca com isso.” Of8

“Usuário de maconha que pode comprar bastante, ele leva pra casa dele e vai usando, agora usuário de crack ou de cocaína, ele normalmente usa e volta, usa e volta, então o tráfico estimula isso porque é lucrativo para ele.” Of8

“Mas tem o perfil do sujeito, que é importante porque tem sujeito que tem o perfil de ser só usuário de maconha, tem o perfil de ser usuário só de cocaína, eu já conheci gente assim.” Of8

5.1.2 TRANSFORMAÇÕES NAS PRÁTICAS DE TRABALHO DO ACS ENVOLVENDO O CONSUMO PREJUDICIAL DE DROGAS

Ao longo do processo educativo os ACS apresentaram as práticas realizadas em seu cotidiano, sendo que foram adquirindo crítica em relação ao processo de trabalho. O processo de desalienação deu-se através de descrições da rotina da USF, de seu trabalho propriamente dito e de casos vivenciados, os quais estão contextualizados na região de atuação, revelando o abandono social do território e ampliando o trabalho do ACS para além das orientações sobre prevenção de doenças.

Compartilharam também outras dificuldades enfrentadas, como a relação hierárquica presente nas USF e a falta de respaldo da equipe técnica, sobretudo em casos difíceis, nos quais a equipe se via “sem saída”.

“[...] tem aquela mãezinha que pede ajuda pra gente ‘meu filho morreu agora o que eu faço? Pra onde eu encaminho?’. A gente passa na reunião de equipe para a equipe, fala alguma coisa pra assistente social, mas 80% [dos usuários] não querem ajuda eles estão bem no negócio

deles, ganham mais do que a gente, estão afundando cada vez mais a família e a gente não pode se mexer, porque se mexer... Depois a gente que está no meio que sofre porque os outros [equipe técnica] vão pra casa e a gente está ali. Aí sobra tudo pra quem? Pra nós mesmas!” Of1

“É proposto algumas coisas [pela equipe técnica] que são ridículas. Eu moro em uma avenida e do outro lado da avenida funciona o movimento do tráfico. Eu conheço o dono, o ‘manda chuva’. Eu tenho amizade, mas é a vida dele e a minha vida. Aí foi me proposto que uma moça que tinha se envolvido com o gerente, que estava com ele, que eu entrasse lá dentro, conversasse com o ‘gerente’: ‘ele ta batendo nela’. Aí depois vai o médico pra casinha dele, a enfermeira, a assistente, a TO tudo bonitinho. Com um olhar de ‘poxa, era pra você ter ido e você não foi’, ta louco? Of1

“[...] alguns processos que às vezes a gente se sente até acusado, que nem diante de uma reunião eu e outra agente éramos as principais [profissionais responsáveis pelo caso] que tinham que ter resposta. [Foram questionadas pelos técnicos da USF e conselho tutelar] ‘qual foi a atitude que vocês tomaram’, ‘porque que a menina engravidou aos 11 anos?’”. Of1

Apontaram a precariedade da formação, retratando as contradições existentes no trabalho, visto que parte do trabalho complexo é executado pelos profissionais da equipe com menos formação, no caso, os próprios ACS. Os participantes se deram conta de que com frequência deixam de ser ponte entre a população e a equipe técnica para ser anteparo dos problemas demandados, os quais a equipe de saúde tem poucas condições de encaminhar sozinha.

“Dois anos depois [de tornar-se ACS] todos os ACS são formados na vida. Você é pós graduado no dia-a-dia. Você é forçado a aprender, ou você aprende ou aprende, é assim. (...) A gente aprende muito na prática. (...) Se a gente não tiver outros conhecimentos a gente não muda, mantém a mente viva naquele negócio que a gente ta vendo o tempo todo, ficando apática.” Of5

“Por isso que eles falam que agente comunitária é a base do serviço da USF, só que pensando bem, a base é quem segura o peso maior, né? Toda base é o alicerce, então eu acho que o sentido da nossa batalha é levar o peso maior, a responsabilidade. Por exemplo, a maioria das agentes comunitárias fazer curso de auxiliar, é melhor você fazer, muito mais. Com certeza! Muito mais. Ganha 2.200 [reais] com os descontos.” Of7

O objeto desta investigação estava centrado nas práticas de enfrentamento de drogas, mas numa relação dialética, os ACS trouxeram suas angústias em relação ao trabalho de forma geral, e

não apenas em relação ao tema drogas. Capacitações para lidar com as doenças a serem tratadas na atenção básica (hipertensão e diabetes, por exemplo) foram realizadas, no entanto fica evidente que a questão que traz maior desconforto não é o trabalho concernente às orientações de como tratar as doenças, mas a falta de instrumentos para lidar com as demandas diversas do território, que transbordam as questões contempladas no “pacote mínimo” da atenção básica em saúde.

“Sabe o que é frustrante? Ontem, só um exemplo, os nossos superiores pediram um levantamento da área, aí o que aconteceu? São três mil e poucas pessoas, somando todas as áreas da equipe. Aí chegou lá o resultado do que? O Estado exige 21% da população, que tenha diabetes e seja hipertenso, no nosso caso são 13%, ou seja, pra nós é vantajoso porque o número de pessoas que possuem é menor, só que pra eles está abaixo do percentil. É palhaçada isso aí, então obriga o cara a comer sal, o cara a comer massa, aí dá 21% e está resolvido. É o que eu te falo, pegando esse exemplo, o que dá pra fazer? Na minha opinião, nada!” Of7

Particularmente aprendi a dançar conforme a música. Eu não esqueço, novembro de 2010, quando eu ouvi a minha superior falar ‘Aí, não da pra fazer nada’, eu falei: ‘Eu não vou me frustrar mais não’. Então a gente preenche a papelada bonitinho, faço a minha obrigação, se deu, deu, se não deu, não deu. Tomo um banho, vou pro meu curso, entendeu? Antes, meio dia e quinze eu estava na rua[...], agora, chego na unidade, pego as minhas coisas e vou embora. Tô assim, eu não deixo de fazer, só que eu não gasto mais saliva orientando, falando as mesmas coisas.” Of7

“Então, eu não me estresso mais, sabe? Eu não me estresso mais porque não vale a pena, não é culpa minha, nem sua, de ninguém, é o sistema mesmo que não funciona adequadamente, então eles podem jogar com todos os ACS, mas a gente não tem culpa, a gente faz aquilo que está nas mãos da gente. Eu não sou médica, eu não sou psicóloga, sou nada, então, por que eu tenho que assumir esse B.O.? A gente passa o caso, não evolui, não funciona... O médico deve pensar a mesma coisa, ‘eu sou médico, vou resolver algum problema de saúde, a pobreza não é a minha parte’”. Of7

Uma vez sem acesso a tecnologias e recursos para conter os problemas de saúde da população, os ACS lançam mão de orientações baseadas no terrorismo e amedrontamento. Sob supervisão da equipe técnica, os objetivos principais das práticas é a mudança de comportamento e a adoção de hábitos padronizados e aprendidos como saudáveis.

“Você tem de pegar o fraco da pessoa. Você tem de tocar nela, se ela tem medo de morrer você vai dizer: ‘você tem de tomar o remédio senão você está caminhando em direção a morte’. Assim, não é simples, mas você explica pra ela que ela precisa estar cumprindo com o dever dela. O médico fez a parte dele, a ACS fez a parte dela, a auxiliar e a enfermeira fizeram as delas, agora é a parte do paciente de estar cumprindo o que foi mandado. Então tem essas estratégias, a gente fala... que nem eu tava falando aqui pra elas, que tem muitas mulheres responsáveis e tem outras que não, elas querem mais é pegar o dinheiro então falam: ‘olha, a cada seis meses você tem que estar indo no posto recadastrar o bolsa família, não é só estar em dia com o médico, você também precisa levar seus filhos pra escola porque se começar a faltar, a escola vai entrar em contato e você vai perder o bolsa família’. É ruim essa maneira de tratar, mas é a linguagem que elas entendem.” Of5

“Hoje em dia a gente têm que trabalhar com a prevenção. Ele [paciente] acha que ele só tem que ir no médico na hora que está ruim. O que nós passamos pra eles? ‘Não, o senhor precisa ir no médico, isso aqui é um grupo, lá o médico vai pedir exame pro senhor, exame disso, daquilo’. ‘Não, isso eu não preciso não...’, ‘Então, por isso mesmo, o senhor precisa ir até lá, a gente trabalha com prevenção, a gente trabalha antes da doença chegar. Porque se você tiver com alguma coisa agora, dá tempo de tratar’. Então, esse é o nosso trabalho, e isso é muito difícil de entrar na cabeça dessas pessoas. Não é que nós não conseguimos convencê-las, mas é difícil de entrar, porque eles acham que só tem que ir no médico quando acontece alguma coisa. Porque acontece ainda, acontece, acho que em todas USF acontece isso ainda, de alguns casos a pessoa chegar lá passando super mal, não dá pra ir lá no posto, vai pro AMA, é AMA, a orientação nossa é AMA; pressão [alta] é AMA, tá com febre, AMA, bronquite, AMA, a orientação que a gente faz nas casas é isso, mas chegou na USF vai ser atendido, vai ser atendido, mas a nossa orientação... né meninas? Não é isso ou tô errada?” Of6

Os ACS percebem que sua prática se baseia na repetição de conteúdos que lhe foram ensinados, conteúdos estes que fazem parte da formação de enfermeiros e médicos que estudaram e adquiriram conhecimentos na academia. Devido formação aligeirada e desvio do real papel do ACS, estes fazem orientações baseadas nos saberes técnicos, sem refletir nem compreender o conteúdo repetido. O resultado desse tipo de prática não alcança o pretendido pela equipe, configurando-se como práticas que agem no sintoma.

“No nosso trabalho tem muita cobrança dos nossos superiores. Eles põem muitas coisas pra gente fazer, eu gostaria que eles viessem um dia pra trabalhar uma semana como agente dentro da nossa realidade pra viver o que agente vive.” Of1

“(...) a gente não pára pra pensar porque estamos aqui o tempo todo, não pára pra ter essa visão mais aberta, mais atrás. A prática é ótimo, mas não é só a prática que vai, né...” Of4

“Tem hora que eu começo ver a gente como palhacinho que fica pulando, gritando pro povo olhar pra cara da gente e esquecer os problemas. É o mesmo de um circo que você olha lá o espetáculo,

porque se a gente for falar mesmo a coisa que a gente pensa, muitas cabeças vão rolar. O bom seria se eles conseguissem compreender e a gente conseguisse passar pra eles uma forma de agir por interesse próprio, 'eu quero mudar', mas é cobrado demais." Of5

Ademais, os participantes queixam-se que seus conhecimentos, abordagens e contribuições nas discussões de casos com a equipe técnica pouco são levados em conta. Apesar de serem os profissionais com menos formação, são eles que sofrem o maior desgaste do trabalho na ESF, seja enfrentando ações policiais no território, fazendo visitas em casas com condições insalubres, ou outras situações.

"Todo mês tem dia da polícia receber na casa, então dois anos atrás foi a primeira vez que eu vi. Eu não quero mexer com esse povo, eu não quero, porque eu já cheguei bem na hora e fiquei super assustada com aquele policial porque eu sabia que o que acontecia na casa não podia sair. Agora eu evito de ir naquela data porque a polícia vai estar lá. Quando vejo aquela polícia passando na rua eu até viro a cara porque a polícia pensa assim 'ela sabe que eu pego'". Of1

Como resultado dessa dinâmica da equipe, os ACS tentam resolver individualmente os problemas de toda sorte. Nesse sentido, as práticas tendem a ser desgastantes e passam a ter como objeto um indivíduo ao invés da coletividade. Persegue-se, dessa forma, a preservação de apenas algumas pessoas do território, em geral crianças.

"A gente não quer salvar o mundo, mas se sair duas ou três [crianças do tráfico] já é lucro. Nós fizemos vários grupos de adolescentes aqui e a gente conversa com as crianças abertamente, porque não é só o sexo e a gravidez, é muitas outras coisas que vai pegar elas mais pra frente, e a gente está vendo o resultado. Já teve umas três adolescentes que falaram 'tia, quando tiver outro grupo você me chama?', falei: 'chamo, só que eu não quero que você só ouça, eu quero que você pratique'. É ensinar. Então é isso, a gente não dá pra salvar o mundo, mas se aprender e ajudar algumas pessoas que ainda têm uma oportunidade, uma chance, então vamos ajudar, vamos tirar, que seja um, que seja duas, tá bom demais". Of1

"A gente fica vendo que eles não escondem, é tudo às claras. O meu trabalho é trabalhar as nossas crianças. Se tivesse um centro educacional, não é pra aprender a ler e escrever, é pra fazer, sei lá, umas comidas, um jogo, mas aqui, bem próximo, talvez a gente poderia livrar as nossas crianças [de entrarem para o narcotráfico]. A gente poderia evitar de as crianças ingressar nessa vida, eles tão ali vendo o

pai... talvez achem que a vida é isso [...] Então, a minha luta com a [nome de outra ACS], nós duas mais muitas outras meninas daqui da USF Iguaçu, é pra tentar ver se a gente conseguia alguma coisa pras nossas crianças, não é acabar, mas pelo menos livrar algumas pessoas.” Of1

“Um dia eu conheci uma família, uma moça com duas filhas, não queria conversar com ninguém, no fundo do poço. E aí eu comecei, cheguei do lado dela: ‘eu queria falar com você e tal’. Até que um dia eu consegui entrar, conversar com ela. Falei: ‘já melhorou’. E aí eu comecei ir uma vez por semana, e aí eu senti que ela tava melhorando. E assim, essa história de psiquiatra... Aí eu passei duas, três horas lá conversando. Aí eu percebi assim, vi a necessidade, o desemprego, né? Porque o marido foi embora, não dá pensão. Aí eu descobri que ela fazia crochê, fazia muita coisa bonitinha e aí eu comecei até a comprar. [...] Mas assim, isso ajudou muito. E na época eu até tinha assim: o psicólogo sou eu nesse momento, se tá ajudando, eu vou continuar.” Of6

Os ACS também debateram a questão do atravessamento da lógica do mercado em seu trabalho, medido pelo cumprimento de metas (visitar número determinado de famílias, detectar determinada porcentagem de doentes, etc). Os participantes refletiram sobre os interesses das empresas privadas quando incentivam e investem no funcionário.

“Eu queria falar só das metas mesmo: papa Nicolau também tem que ter metas. A gente tem que conseguir gente pra fazer papa Nicolau. Porque quando você não consegue, tem aquela, como é que fala quando é de sábado assim? Campanha do papa Nicolau, que é pra rever as metas, né?” Of5

“(...) A finalidade [do trabalho] é atingir metas não é a saúde da pessoa.” Of6

“(...) hoje em dia eles [patrões] não querem saber de funcionário ‘paradão’ que não pensa em serviço; pra eles não vale a pena ter um funcionário que parou no tempo, que não quer crescer, mas por quê? Não que ele esteja preocupado com o indivíduo, o crescimento do indivíduo, e sim com o crescimento da empresa. Igual ao que ela falou, o indivíduo tendo essa visão de crescer, ele vai se envolver cada vez mais. Tem empresa que até paga faculdade, por quê? Porque eles querem sugar aquele indivíduo, tanto é que tem empresa que paga a faculdade, mas você tem que permanecer um certo tempo na empresa até que você devolva tudo aquilo que eles fizeram. E por que eles fazem isso? Porque aquilo pra eles vai ser muito bom, nada como você ter um funcionário que tem conhecimento e comparar com aquele que não tem nada, é um coitadinho que não estuda.” Of4

No início do processo educativo os ACS sentiam que as práticas que realizavam eram frágeis e que não davam conta do volume de trabalho e das questões demandadas, por se pautarem

no modelo biomédico, que não compreende as necessidades de saúde da população do território. No decorrer das oficinas eles puderam identificar as causas dessa fragilidade, sendo capazes de fundamentar melhor suas críticas e até mesmo observar algumas possibilidades de atuação menos precárias e realizar práticas criativas. Essa síntese construída permite que os ACS se aproximem das raízes dos problemas da população, e, portanto, da possibilidade de trazer soluções para esses problemas. Além disso, essa compreensão fez com que os participantes se sentissem menos frustrados com seu trabalho.

"Bom, lá na Industrial [um dos bairros de Sapopemba] a gente tá usando, na cabeça dos adolescentes, a questão do emprego fácil e bem remunerado que é a questão da droga que eles conseguem fácil. Nesse grupo 80% das meninas que começaram pela prostituição já estavam indo pras drogas, usam a internet principalmente pra prostituição. Aí eu fiz esse grupo com a presença de uma psicóloga e nossas ACS pra tentar extinguir uma forma de ganhar dinheiro, mostrar esse caminho, porque já estão se prostituindo, indo na bebida, no álcool, alguma delas já deve ter experimentado umas drogas e as outras não e aí logo vão trabalhar no tráfico porque o dinheiro já não tá dando. Aí eu fiz esse grupo de conscientização porque porta-a-porta não dá, a gente faz porta-a-porta pra hipertenso, diabético, mas esse conhecimento, particularmente, não consigo fazer porta-a-porta. Quando você chega na casa quem dá mais atenção é a mãe, é o pai, as pessoas mais velhas, o adolescente não dá, então a estratégia foi cinema: 'dia 21, cinema com os estudantes'. Aí vamos no cineminha assistir um filme, a gente coloca um filme falando das drogas, do álcool, da prostituição, a gravidez antecipada, a consequência e depois a discussão com a psicóloga. De 16 [adolescentes], não teve muito resultado, duas já pararam. Agora no próximo mês a gente vai ter um cursinho pra elas de como mandar um currículo, que escolas públicas você pode fazer um cursinho de computação, 'ah não tenho dinheiro pra fazer a computação, não tenho dinheiro pra fazer não sei o que...' a gente vai fazer uma relação pra tentar tirar elas dali, as que já entraram. E essas meninas mesmo que estão no meio do tráfico mesmo (...) em seis meses só duas ficaram (...). É bem melhor do que ir na pessoa e dizer pra ela 'senão você vai morrer' mas dizer pra ela 'vamos levantar? Vamos fazer uma caminhada? Vamos fazer uns exercícios?' Ajudar a fazer os exercícios, a não deixar ociosos." Of5

"[...] só fica levando informações... a gente tem de ouvir as pessoas, ver o que elas têm pra oferecer pra gente, porque através do exemplo de uma, da história daquela pessoa você pode aprender muito e servir pra mim e pra outras pessoas que também estão passando pelo problema daquela." Of5

"Aqui o pessoal que fica cobrando a gente, 'ah, mas por que não tem médico neste posto?', eu falei, 'Você já foi lá? Entra no site da empresa, a vaga tá lá', 'ah deve ser por causa de salário!', falei 'se é por causa de

salário eu já não sei porque cada médico... um quer ficar sossegado, outro não, gostam de plantão, gostam disso, gostam daquilo, mas vocês já foram lá reclamar que vocês não têm médico? Já fizeram um abaixo assinado?', 'Eu não, você é quem tem que fazer', 'Eu não, por que você não chama sua vizinha, todo mundo que tá reclamando? Faz um abaixo assinado, vai lá...' Of5

"Eu pergunto se tá bem, o que ela falar que não, 'tá bom, a gente conversa sobre aquilo', porque senão tem de andar com um gravador desses." Of7

"Até o jeito que eu via, o tratamento que eu dava pra algumas pessoas da minha micro agora é diferente, eu posso fazer um grupo em vez de bater na mesma tecla. Uma criança de 11 anos, 12 anos: 'você não pode fazer isso, isso é perigoso, vai te trazer problema, vai te fazer mal', sendo que ele usa todo dia e tá vendo que não tá fazendo nada [de mal]na hora... Trabalhar de outro jeito, fazer um grupo, trazer ele pra ver novas perspectivas." Of8

"É que nem o caso que eu falei com uma paciente outro dia. Ela não é de barraco, mas ela chegou em mim e queixou: 'Olha, eu estou falando pra você, mas eu sei que você não pode fazer nada, porque o seu serviço você já faz, passa todo dia aqui, de casa em casa perguntando como é que está, se tem alguém doente, alguém com febre ou se foi internado. O problema não é com você, o problema é aí [na USF]'. Eu falei, 'mas você tem ouvidoria pra quê?'. Eu prefiro mesmo é que a pessoa ligue na ouvidoria. [A: Mas se ela reclama, o seu gerente é obrigado a chamar a pessoa pra conversar]. Então, aí o que ela faz? Oh, eu não estou aqui falando mal de gerente, mas você acha que gerente vai correr atrás de saber? Ele está preocupado em manter a USF funcionando. Eu falei pra ela, 'eu te conheço, eu sei que você não é de fazer barraco, se você quiser uma ouvidoria legal, eles vão ter que se haver com isso'. Aí a mulher não gritou, falou comigo, explicou. Falei, 'você liga hoje? Liga daqui a dois dias, daqui uma semana você torna a ligar, e vai batendo. Água mole em pedra dura tanto bate até que fura'". Of7

6 DISCUSSÃO

No Brasil há duas políticas públicas sobre drogas vigentes de âmbito federal, sendo uma delas elaborada pelo Ministério da Saúde e a outra pelo Ministério da Justiça, representado pela Secretaria Nacional sobre drogas, SENAD. Esta última, que teve seu nome alterado em 2004 (anteriormente se intitulava Secretaria Nacional Anti-drogas), advoga a face proibicionista das leis vigentes, cujo foco é o controle da distribuição e do consumo de drogas. O plano de enfrentamento do crack lançado em 2011 pela SENAD denominado “Crack é possível vencer” (Brasil, 2011), com orçamento previsto em 4 bilhões de reais, é composto por três eixos norteadores: prevenção, cuidado e autoridade.

No eixo da prevenção, ações como educação em escolas realizadas pelo Programa de Resistência às Drogas e Violência, PROERD, pretendem capacitar policiais militares e educadores; no eixo do cuidado objetiva-se ampliar o atendimento a dependentes químicos, sendo a internação em comunidades terapêuticas, dentre outros equipamentos, uma das alternativas propostas; finalmente, no eixo de autoridade, a proposta é realizar policiamento ostensivo por meio de monitoramento das ruas e prisão de traficantes (Brasil, 2011).

Apesar de também propor recursos que podem ir ao encontro de estratégias ligadas ao paradigma da redução de danos, como consultórios de rua, ampliação dos Caps álcool e drogas e formação de trabalhadores das áreas da saúde e da assistência, as ações descritas acima revelam o caráter proibicionista do plano atual patrocinado pela SENAD, apresentando ideologia idealista, retratando os indivíduos como indefesos, à mercê da droga ou desviantes. Fato é que os fundamentos da guerra às drogas ou proibicionismo só faz crescer mitos sobre as drogas, bem como preconceitos e moralismo (Soares, Jacobi, 2000).

Nota-se que nem todas as drogas são criminalizadas, bem como nem todos os usuários de drogas são estigmatizados. As drogas lícitas, como álcool, tabaco e psicofármacos, são mais toleradas do que as ilícitas, mesmo que, do ponto de vista da saúde pública, o álcool e o tabaco sejam as drogas que mais trazem complicações clínicas a longo prazo, quando comparados com outras drogas (maconha, cocaína, heroína) (Masur, Carlini, 1993).

O discurso dos participantes desta pesquisa apresenta também maior tolerância em relação às drogas lícitas, sendo que, para alguns, psicofármacos nem mesmo foram considerados drogas. Algumas situações dramáticas vivenciadas por alguns participantes que referiram o consumo de álcool de forma prejudicial de familiares são valorizadas apenas quando trazem agravos à saúde, ao passo que os problemas emocionais e sociais que as famílias vivenciam são naturalizados.

Algumas vezes os participantes se mostraram satisfeitos por estarem envolvidos ou terem familiares envolvidos apenas com o consumo de álcool e tabaco, sem envolvimento com as “drogas”, sem ao menos questionarem a condição de droga do álcool e tabaco. Predomina portanto a diferenciação ligada ao caráter legal/ilegal das drogas de consumo.

O que está por trás da legalidade de determinadas drogas historicamente são os interesses políticos-econômicos, notadamente encabeçados pelos Estados Unidos a partir do século XX (Fonseca, Bastos, 2012; Rodrigues, 2003, Carneiro, 2002). Sabe-se que até esse período as drogas eram socialmente regulamentadas, sem que houvesse proibicionismo de caráter oficial. As discussões acerca da questão das drogas foram ampliadas na passagem do século XIX para o século XX, influenciadas pelos protestantes americanos, os quais julgavam que o álcool era inimigo do puritanismo, logo deveria ser proibido. A Conferência de Haia, na Holanda, em 1912 e a Lei Harisson em 1914 foram marcos importantes para o proibicionismo, inaugurado por todo o mundo sob a égide estadunidense (Rodrigues,

2003; Carneiro, 2002). Já no século XXI, segundo Carneiro (2002) o proibicionismo se dirige não mais para o álcool, mas para as outras drogas, a fim de aumentar a especulação financeira desse mercado altamente rentável.

Vários países vêm travando verdadeiras guerras de combate às drogas e ao tráfico de drogas, o que historicamente tem trazido consequências desastrosas, como o aumento da violência - milhares de mortes, com destaque para os mexicanos das fronteiras com os Estados Unidos, e prisões ligadas ao narcotráfico (Rolles, 2009; Carneiro, 2002). Gastos estrondosos com a guerra às drogas foram feitos, por exemplo, nos Estados Unidos, que nos últimos 40 anos aplicaram cerca de 1 trilhão de dólares nessa cruzada (Rolles, 2009) sem sucesso. Apesar de se tratar de uma abordagem fadada ao fracasso, ainda há grupos que são favoráveis à manutenção da criminalização e proibição das drogas, uma vez que seus interesses estão ligados à movimentação da economia do narcotráfico, que gira em torno de 400 bilhões de dólares ao ano (Abex Junior, 2012; UNODC, 2012).

Essa perspectiva de guerra às drogas é amplamente divulgada pela grande mídia, principalmente em relação às possibilidades de tratamento aos que fazem consumo problemático de drogas. Uma busca online no Google Alert em 2011 foi realizada, constatando que 852 artigos sobre drogas foram publicados naquele ano, sendo que desses, 833 tinham o crack como tema principal (Nappo, 2012). No mesmo período, a publicação científica (tomando como referência o Portal Scielo e base de dados PubMed) com enfoque no tema das drogas quase triplicou em relação ao ano de 2004, o que reitera a evidência da discussão sobre drogas nos últimos dois anos (Nappo, 2012), sobretudo acerca do consumo prejudicial.

A perspectiva dominante acerca das drogas, veiculada na mídia e reiterada em estudos científicos sobre a dependência, é também endossada pelas políticas públicas, como descrito nos

parágrafos acima e constrói-se uma ideologia, naturalizando a concepção de que o usuário de drogas, independente da relação que mantém com as drogas, é marginal ou, nos melhores casos, doente, portanto necessitado de encarceramento e punição ou tratamento médico (Soares, 2007).

Em estudo sobre as representações sociais da cocaína por estudantes universitários, Araújo, Gontês e Nunes Junior (2007, p.322) encontraram reforço dessas concepções:

as representações sociais dos estudantes da área da saúde ancoraram-se num paradigma biomédico tradicional, tendo em vista a ênfase nas manifestações físicas e orgânicas, embasado majoritariamente no tratamento médico, ao passo que os de direito ancoraram suas representações sociais num paradigma ético, legal e moral, que preconiza o uso de drogas como ato transgressor e que requer intervenção baseada em sanções penais/legais, com medidas de caráter punitivo.

Em outra investigação, houve a verificação das representações sociais da maconha, também com universitários dos cursos da saúde e do direito, além da área tecnológica. O resultado encontrado foi o mesmo, isto é, a formação recebida influencia a representação acerca da droga. Dessa forma, estudantes

de direito ancoraram suas representações nas concepções legal, moral e social, ao passo que as representações dos universitários de saúde ancoraram-se na concepção médico-orgânica e psicossocial e os de tecnologia, na concepção psicossocial (Coutinho, Araújo, Gontês, 2004, p.476).

Hegemonicamente, baseado na necessidade de resolução rápida dos problemas, na desvalorização do diferente e do improdutivo, na inaceitação da tristeza e do sofrimento (Soares, 2011), o paradigma da guerra às drogas utilizado no enfrentamento do fenômeno das drogas é o mais socialmente aceito, uma vez que propõe ações que vão ao encontro dos valores contemporâneos. Tais ações se resumem, basicamente, em internar o dependente químico, repreender pequenos traficantes e perseguir ideologicamente as drogas, caracterizadas como o mal em si.

Em estudo sobre as representações sociais da maconha por ACS, Araújo et al.(2006) encontraram que os participantes julgam que a maconha seja uma planta prejudicial à saúde e que causa dependência física. Acreditam ainda que o tratamento mais adequado para os problemas com maconha seria o modelo médico tradicional, baseado nos princípios da farmacodependência.

Essas concepções também estiveram presentes nas oficinas realizadas nesta investigação. As drogas são associadas ao fracasso, à vida desregrada e à falta de força de vontade do usuário, sendo que a solução do problema seria deixar de usar drogas. Propõe-se, nestes casos, a mudança de hábitos e evidencia-se a culpabilização do usuário.

Tradicionalmente a saúde pública se vale de práticas para atingir sintomas dos problemas de saúde e não suas raízes. Durante toda a história da saúde pública brasileira, procurou-se combater as doenças por meio de medicalização dos sintomas e por campanhas de prevenção de doenças, promovendo hábitos saudáveis para prevenção de enfermidades (Paim et al., 2011). Tais práticas têm como finalidade a contenção, dando respostas a demandas de grupos da população com alguma força de pressão (Donnangelo, Pereira, 1979) quando o papel do Estado de garantir saúde e acesso a todos não é cumprido (Calipo, 2002).

A fim de atender ao processo de acumulação capitalista, o Estado de caráter neoliberal, ao contrário do que promulga a lei, delega à população o cuidado com sua própria saúde, informando o que se deve fazer para garanti-la, independente das condições em que as pessoas vivem (Laurell, 1995). Os trabalhadores da saúde pública, como representantes do Estado, oferecem informações e promovem ações para a manutenção da saúde da população, notadamente baseadas em mudança do comportamento e aquisição de novos hábitos. Os ACS, como parte da equipe de saúde da AB, também utilizam tais abordagens, como evidenciado no trabalho de Trapé e Soares (2007). As autoras encontraram que as concepções

de educação em saúde dos ACS estão baseadas na transmissão de informações normativas apreendidas através do discurso da equipe técnica de saúde da própria USF.

De acordo com interpretação de Campos e Mishima (2005) sobre a produção de Mendes-Gonçalves, grande parte da população alvo dessas intervenções não tem condições de cumprir com as exigências realizadas para garantir sua saúde, uma vez que as necessidades de saúde não são naturais nem iguais, já que a distribuição e consumo dos produtos do processo de produção são desiguais. Isto significa que, por vezes, as orientações para manter boa saúde não condizem com as formas de viver e trabalhar de grupos sociais com menor acesso à riqueza, que vivem em territórios onde o Estado se ausenta na forma de instituições sociais que operacionalizam direitos, dificultando a implementação dessas orientações (Almeida, Trapé, Soares, 2013). Ademais, não se considera aspectos culturais das famílias acerca de suas maneiras particulares de cuidar da saúde (Stotz, 2007).

Como não se consegue seguir essas orientações, dada a condição concreta em que vivem, a prática mais comum de enfrentamento das doenças acaba sendo a medicalização, beneficiando a indústria farmacêutica, que mantém as vendas e o lucro com seus produtos, sendo reconhecida como a panacéia contemporânea (Nascimento, Sayd, 2005).

Neste trabalho partiu-se da compreensão social do processo saúde-doença (Laurell, 1982), o que significa dizer que o consumo de drogas será mais prejudicial quanto menor for o acesso à educação, moradia, saúde, lazer, infraestrutura, etc (Soares, 2007; Room, 2005). Isto significa que o jovem que mora na periferia, em um bairro que não oferece oportunidades de lazer e estuda em uma escola pública sucateada, tem maiores chances de fazer uso de drogas de forma prejudicial do que o jovem que mora em uma região central, que tem acesso à boa educação e cultura. Assim, diz-se que os perfis epidemiológicos, de acordo com a epidemiologia crítica,

são traçados a partir das classes sociais e portanto das formas de reprodução social das pessoas que moram em determinada área de abrangência de USF ou região (Fujimori et al, 2013). Quer dizer que os grupos sociais com formas de trabalhar e de viver semelhantes terão seus membros propensos a adoecer de forma semelhante, em função de conviver com desgastes semelhantes (Queiroz, Salum, 1996).

Essa explicação fez sentido para os participantes das oficinas, que, com frequência, relataram incômodo com o uso corriqueiro de drogas por jovens. Os ACS se deram conta da escassez de recursos existentes na região, lembrando que, por vezes, a laje da USF era o único local onde os jovens e crianças podiam jogar bola, por exemplo. O fato de não haver possibilidades outras de lazer, capacitação profissional, espaços culturais, empregos dignos indica que os jovens se reúnam por outros motivos, inclusive para fazer uso de drogas, ou ainda para namorar, o que pode ao menos parcialmente contribuir para explicar a ausência de perspectiva de futuro e mesmo adolescentes que engravidam sem desejar (Soares, 2011).

A epidemiologia crítica é capaz de explicar essa e outras contradições percebidas pelos participantes dessa pesquisa. Os ACS mostravam-se confusos e reticentes ao tentarem explicar porque seus familiares – filhos, irmãos, pais, tios, faziam a escolha de ter qualquer envolvimento com as drogas, seja consumindo, seja traficando. Para eles, as pessoas que estavam envolvidas com as drogas não eram pessoas confiáveis, de bom caráter, com “a cabeça boa”, portanto não condizia com o perfil de seus familiares. No entanto, muitos participantes calculavam que o problema estava em suas casas, com óbvias dificuldades em compreender os motivos, já que seus parentes eram trabalhadores, honestos e tinham bom caráter.

Essas concepções estão arraigadas até mesmo nos próprios usuários de drogas. Em pesquisa realizada no Centro de Referência

de Álcool, Tabaco e Outras Drogas, CRATOD, em São Paulo, as representações sociais das mulheres alcoolistas usuárias do serviço incidiam sobre a ordem moral familiar, uma vez que as mulheres alcoolizadas deixavam de cumprir seu papel de mulher/dona de casa, além de transgredir os valores morais inscritos culturalmente (Campos, Reis, 2010). Aqui, também denota-se o caráter de culpabilização dos usuários de drogas, prática comum na saúde pública, como apontado por Trapé (2005) e pelos participantes desta pesquisa. O julgamento moral – usa drogas por ser fraco, influenciável, por não ser responsável – leva trabalhadores da saúde, os próprios usuários e a sociedade de forma geral, a culpabilizar o usuário, sem contextualizar o uso e a inserção social do sujeito.

Room (2005) afirma que em termos sociais, tanto alcoolismo quanto dependência de outras drogas são diagnósticos ligados ao moralismo e a inferioridade e são fortemente desaprovados e estigmatizados, mais do que ter um registro criminal de roubo. O autor coloca que o consumo prejudicial de drogas está ligado à exclusão e à degradação social, sendo que submeter-se a tratamento é potencialmente humilhante, na medida em que evidencia a incompetência de se auto-gerenciar.

Consideremos, enc tão, que os familiares dos ACS têm acesso precário à saúde e educação e que as demais necessidades de saúde também não são atingidas; notadamente vivem em territórios periféricos, marcados por precariedade de instituições do Estado: 6 dos 18 participantes desta investigação moravam em favelas, 13 não recebiam cobrança de IPTU e 10 não tinham acesso a esgoto regulamentado em suas moradias. Esses dados mostram a precariedade do território onde os ACS moram e trabalham, aumentando o risco do consumo prejudicial de drogas dos moradores, uma vez que o uso de drogas está fortemente relacionado às classes sociais mais baixas (Room, 2005).

Atualmente os critérios para tornar-se ACS incluem ter o ensino médio completo e ser morador do território que faz parte da USF em que vão atuar; as formações em saúde se desenvolvem através de cursos de capacitação realizados esporadicamente e de treinamento em serviço, realizado pela equipe técnica e pelos colegas mais antigos na função de ACS, que ensinam o serviço para os ACS ingressantes.

Os ACS se consideram e são reputados pela equipe técnica como profissionais da saúde, no entanto, constituem um grupo separado da equipe técnica, segundo eles, principalmente devido a sua dedicação, compromisso e vínculo com a comunidade (Costa, Ferreira, 2012). Morosini (2010) destaca o caráter *sui generis* desse trabalhador, que tem como papel social fazer a mediação entre Estado e comunidade, transcendendo assim, o campo da saúde. Contudo, seus saberes empíricos, que facilitam o trânsito da equipe e favorecem parcerias entre entidades locais, pouco são levados em consideração nas reuniões e discussões de caso, situação que também se verificou nesta investigação.

[o trabalho] ainda é frequente e fortemente marcado pela hierarquia de cargos e funções. Situação em que os lugares de interlocução mais centrais estão concentrados na fala do médico, do enfermeiro e do dentista, que assumem maior preponderância no espaço discursivo no interior da equipe, com uma tendência à desvalorização e mesmo ao silenciamento das demais falas (Cardoso, Nascimento, 2010, p. 1517).

Apesar da prerrogativa de que se desenvolva trabalho interdisciplinar na AB, perspectivando interação não somente entre os diversos profissionais, mas também entre profissionais e usuários (Brasil, 2007), os ACS apontam falta de apoio dos demais profissionais da ESF (Pupin, Cardoso, 2011). As equipes na ESF trabalham a partir de diferentes dinâmicas, revelando a inexistência de responsabilidade coletiva, o que leva à descontinuidade e desarticulação das ações desenvolvidas no território (Costa, Ferreira, 2012; Galavote et al., 2011). Essa fragmentação também

foi descrita pelos ACS participantes desta pesquisa, que percebem que esse processo dificulta o trabalho conjunto.

Dessa forma, apartados de participar das discussões de casos e planejamento das atividades da USF, os ACS vão participando do processo de trabalho de maneira instrumental basicamente, reproduzindo orientações de conduta aos moradores, julgados como não tendo conhecimento sobre saúde. Nesse contexto, a equipe técnica monitora esse instrumento, que reproduz a lógica de controle sanitário da população, sem considerar as necessidades locais ou as demandas das famílias que não correspondam às indicações e protocolos previamente definidos nas unidades de saúde (Cardoso, Nascimento, 2010; Bornstein, Stotz, 2009).

Tendo o ACS as condições de morador e também de profissional de saúde, este vivencia as duas pontas da relação hierárquica imposta: na USF ocupa posição instrumental, de inferioridade, de pouco saber; no território e nas visitas domiciliares é detentor de conhecimento, sendo que lhe cabe a transmissão do saber técnico-simplificado à população. As argumentações utilizadas nessa proposição de mudança de comportamento são o convencimento, baseado na possibilidade de morte ou de consequências desastrosas, caso as orientações não forem acatadas (Trapé, 2005; Bornstein, Stotz, 2009).

O reconhecimento destas características quer pelos profissionais, quer pelos moradores traduz-se em diferentes expectativas. De um lado, pela inserção nos serviços de saúde, espera-se dele o exercício de um papel de controle da situação de saúde da população; de outro, os moradores esperam que o agente facilite seu acesso ao serviço de saúde (Bornstein, Stotz, 2009, p. 458).

Os ACS são cobrados pela equipe técnica e também pela população e encontram dificuldades nas duas pontas. Com frequência são acionados pelos moradores a solucionar os problemas sociais em que se encontram, sendo que não recebem nenhum tipo de formação e não têm espaços de discussão dessas

questões (Galavote et al., 2011). “O agente se vê imbricado em um trabalho que vai além de suas competências e possibilidades de resolução” (Jardim, Lancman, 2009, p.131).

Em estudo sobre a comunicação entre profissionais da ESF, moradores e instituições do território, Cardoso e Nascimento (2010, p.1518) afirmam que

Os ACS mencionaram algumas situações de resistência dos moradores em relação ao seu trabalho: a omissão de informações aos ACS e a outros profissionais de saúde; a recusa ao atendimento e à visita domiciliar; a procura de outros meios para conseguir atendimento na unidade de saúde, colocando os agentes em situação desconfortável diante da equipe, que tende a traduzir o fato como ausência do profissional na microárea.

Como seu trabalho não atende às demandas da população, esta não reconhece a qualidade das ações do ACS, nem os esforços que faz para realizá-las, independentemente dos resultados alcançados, e exige dele uma atuação efetiva, resolutiva. Essa cobrança é fortalecida pelo constante contato que os moradores da comunidade mantêm com o agente, ao frequentarem os mesmos espaços sociais e terem acesso à sua casa, e ao considerarem-no vizinho, antes mesmo de ACS [...] A falta de cadência entre a demanda da população e a disponibilidade dos serviços, ou seja, o insuficiente suporte do sistema de saúde e a impossibilidade de que o usuário tenha acesso a outros níveis de atenção dificultam as relações de confiança, ocasionando: conflitos pessoais, instabilidade nas relações de trabalho, prejuízos à produção, à qualidade do trabalho e ao atendimento prestado (Jardim, Lancman, 2009, p.131).

O ACS, então, encontra-se na linha de frente da ESF e se depara com a ambiguidade de ser, por um lado, o profissional com menos formação e menor salário da ESF, e por outro, o “super herói” (Tomaz, 2012) diante das expectativas da população e da própria instituição. Esse lugar ocupado pelo ACS gera sentimentos contraditórios.

Como reiterado pelos participantes desta pesquisa, é comum que os ACS sintam-se fracassados e frustrados, principalmente quando não conseguem encaminhar os problemas detectados no território (por exemplo, marcação de consulta com especialista), assumindo sozinhos a responsabilidade da instituição e do Estado, como identificado por Santos, Soares, Campos (2007) em pesquisa

sobre o processo de trabalho com enfermeiros da ESF. Por outro lado, se satisfazem quando ajudam os moradores, mesmo que isso implique em serem acionados fora do horário do expediente, o que também gera desgaste (Costa, Ferreira, 2012; Jardim, Lancman, 2009).

Os desgastes sofridos por estes trabalhadores são diversos. Por atuarem e fazerem parte do território, comumente são chamados a serem ouvidores do serviço de saúde pela população e tornam-se depositários dos anseios desta (Jardim, Lancman, 2009). Ademais, as raras ações coletivas e de educação desenvolvidas nos serviços, consideradas potenciais de fortalecimento, são pouco valorizadas na ESF em geral, já que a ênfase está voltada na produtividade medida através de metas estabelecidas (Bornstein, Stotz, 2009; Santos, Soares, Campos, 2007).

Em estudo sobre o processo de trabalho do ACS, Galavote et al.(2011) detectou que as visitas domiciliares se constituem como a principal atividade no cotidiano desses trabalhadores. As metas a serem cumpridas, portanto, estão ligadas ao número de residências visitadas por mês, bem como ao monitoramento das doenças que são alvo de preocupação da AB, notadamente as que fazem parte do “pacote-mínimo”, conforme aponta Soares (2007). Encontrou-se na presente pesquisa que os ACS referiram que a imensa demanda por visitas domiciliares (cerca de 200 famílias são atendidas por cada ACS) combinada com as demandas da equipe e da população por enfrentamento das diversas situações no trabalho impactam diretamente em sua saúde – sentem-se pressionados e estressados. Galavote et al.(2011) afirma que mais da metade dos ACS que entrevistou em sua pesquisa retratou seu trabalho como gerador de estresse contínuo.

Outro potencial de desgaste apontado por diversos estudos (Costa, Ferreira, 2012; Galavote et al., 2011; Pupin, Cardoso, 2011; Mota, David, 2010; Ursine, Trelha, Nunes, 2010; Gomes et al., 2009; Ribeiro, Pires, Blank, 2004) diz respeito à baixa remuneração dada

ao ACS, o qual é o profissional com menor salário da ESF. Esse fator também está ligado à desvalorização do ACS, que descreve seu trabalho como invisível.

Os desgastes sofridos pelos ACS em seu trabalho, citado pelos participantes desta investigação e também comumente relatados na literatura, são resultado da construção das condições de trabalho vigentes no processo de produção em saúde. Com a necessidade de ampliação da produção a custos reduzidos, o século XX trouxe modificações nos processos de trabalho, sobretudo na indústria, baseados na produção em massa através de linhas de montagem, modelo de produção denominado fordismo. Outro modelo adotado visando a otimização da mão-de-obra através do controle do tempo e da racionalização dos movimentos é o taylorismo, empregado principalmente até a década de 70. A partir daí instalou-se o modelo de produção toyotista, regulado por tarefas diárias com espaço descentralizado e caracterizado pela terceirização de serviços. Tais processos de trabalho pressupõem formas diferenciadas de exploração, afetando a objetividade e a subjetividade dos trabalhadores e suas formas de ser (Antunes, 2011) e culminando na acumulação flexível, compreendida como

o surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. Envolve, também, rápidas mudanças dos padrões de desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas (Abramides, Cabral, 2003, p. 4).

Com o toyotismo passou a haver maior controle sobre a força de trabalho e maior exploração dos trabalhadores, consubstancializando a reestruturação produtiva, “baseada em aumento de produtividade, eficiência, qualidade, novas formas de tecnologia e de gestão, efetivando-se por intermédio das inovações tecnológicas” (Abramides, Cabral, 2003, p. 4).

Esse processo de produção favorece a precarização do trabalho, fazendo crescer a informalidade, as formas flexíveis de

contratação e o desemprego, transferindo responsabilidades ao trabalhador (Antunes, 2011). Evidencia-se, dessa forma, o processo de flexibilização do trabalho, o qual desregulamenta os direitos sociais e trabalhistas por meio da redução do número de operários, aumento da produtividade, da terceirização dos serviços e surgimento do operário polivalente. (Antunes, 2011). Devido à fragmentação do processo de trabalho, a função do operário se reduz a uma tarefa específica ou a várias tarefas também fragmentadas; dessa forma, o que Vásquez denomina práxis, isto é, “a ação do homem que transforma a natureza fundamentada na teoria que existe para guiar a ação” (Trapé, 2005, p.36), não ocorre uma vez que “o trabalho pensante fica restrito a um pequeno grupo, esperando-se da maioria a execução das atividades delegadas de cunho manual” (Ribeiro, Pires, Blank, 2004, p. 439). Dessa forma, o trabalhador perde a compreensão da totalidade do processo de trabalho, tornando-se um mero instrumento do processo de produção.

No Brasil essas condições de trabalho passaram a ser efetivadas principalmente nos anos 90, com os governos de Collor, Itamar Franco e, principalmente de Fernando Henrique Cardoso. Nessa época, o projeto neoliberal em vigor na Inglaterra com Margaret Thatcher e nos Estados Unidos com Ronald Regan desde a década de 80, chega ao Brasil, produzindo ampliação das desigualdades e do desemprego, além de queda da qualidade do trabalho (Costa, Tambellini, 2009; Abramides, Cabral, 2003).

Tal precarização do trabalho atingiu não apenas as indústrias, mas todos os setores da economia, inclusive a saúde. Tanto na esfera privada quando na pública, a saúde passou a ser um setor de serviços da atividade econômica, cujos trabalhadores estão submetidos às regras empresariais impostas, como em todos os demais setores, de acordo com a lógica mercantil (Costa, Tambellini, 2009). Na saúde pública

O contexto econômico, sob a doutrina neoliberal, impõe a restrição de gastos públicos, inclusive para contratação de pessoal.[...] adotaram formas precárias de relações de trabalho, como a terceirização por cooperativas, a fim de responder à demanda da sociedade pelo serviço público de saúde (Costa, Tambellini, 2009, p.965).

Autores apontam precariedade e instabilidade nas contratações de profissionais da ESF, principalmente de ACS (Mitre, Andrade, Cotta, 2012; Queirós, Lima, 2012; Mendonça et al., 2010; Mota, David, 2010; Ursine, Trelha, Nunes, 2010; Vieira, Garnelo, Horale, 2010; Fonseca, 2007). Considerando que o processo saúde-doença é socialmente determinado, isto é, têm relação direta com as formas de reprodução social (Laurell, 1982), é consenso que a submissão a condições de trabalho precarizado e instável, além de comprometer a qualidade do serviço prestado, leva ao freqüente adoecimento do trabalhador.

Lacaz (2000, p. 155) aponta que ao longo do tempo as formas de adoecer dos trabalhadores foi se transformando. Se sob o taylorismo a preocupação recaía sobre os acidentes típicos e as doenças ocupacionais, no fordismo durante os anos 60 se observa mudança no perfil de morbi-mortalidade, ligadas ao “aumento do absenteísmo, insatisfação no trabalho e *operações tartaruga* como maneiras de resistência ao controle fordista”. Nos dias de hoje há prevalência de mal estares difusos, tais como fadigas, dores de cabeça e nas costas, dificuldades para dormir, além de obesidade, e sintomas subjetivos, que não costumam ser associados às atividades laborais (Costa, Tambellini, 2009; Abramides e Cabral, 2003; Lacaz, 2000). Os trabalhadores encontram dificuldades para mudar as condições vigentes, sentindo-se inseguros, desconfiados de sua capacidade e amedrontados (Ribeiro, Pires, Blank, 2004). Os participantes de nossa pesquisa relataram diversos tipos de sofrimento mental (depressão, preocupação, sentimento de estar sendo pressionado, de ser demitidos, entre tantos) e físico (dores nas pernas, nas costas, de cabeça, etc) decorrentes do trabalho;no

caso de uma ACS em particular, o afastamento do trabalho foi necessário para que se tratasse adequadamente.

As situações pelas quais os ACS são submetidos no cotidiano do trabalho aqui relatadas- ocupar a posição mais baixa na relação hierárquica estabelecida na ESF e falta de respaldo da equipe técnica- a desconsideração do conhecimento trazido pelo ACS, a precariedade da formação, a falta de tecnologia e recursos no trabalho, a realização de práticas reiterativas e as metas de produtividade como objeto do trabalho, se configuram como potenciais de desgaste para esses trabalhadores, sendo que impactam diretamente na produção do serviço de saúde.

De acordo com Queiroz e Salum (1996, p. 5), “o arcabouço político em que se assenta o SUS busca legitimar uma forma de produzir em saúde que pressupõe a intervenção nos perfis epidemiológicos do coletivo como objeto privilegiado”. Dessa forma, essas autoras partem do pressuposto “que a intervenção em Saúde Coletiva se constitui em um **processo de produção de serviços de saúde**”, que, por sua vez, “comporta distintos processos de trabalho”.

Retomando os elementos do processo de trabalho, temos, objeto (o que se quer conhecer ou transformar, no caso da saúde “os perfis epidemiológicos - perfis de reprodução social e perfis saúde-doença - do coletivo na sua totalidade, nos grupos sociais homogêneos e na sua singularidade”); finalidade (“a transformação destes perfis, visando o aperfeiçoamento dos processos saúde-doença do coletivo”); meios e instrumentos (“os recursos materiais e tecnológicos [...] que sobredetermina também a organização e a divisão do trabalho”); e o trabalho em si (“os atos realizados pelo conjunto de trabalhadores da saúde orientados por um projeto que articula clínica e epidemiologia [...] que, produzem a transformação no objeto”) (Queiroz, Salum, 1996, p.5).

As autoras afirmam também que “todo o esforço para construir um novo modelo assistencial requer a constituição do

trabalho/trabalhador coletivo, aos quais devem se subordinar os trabalhos/trabalhadores parciais em saúde” (Queiroz, Salum, 1996, p.21). No entanto, não é o que se observa na produção em saúde da ESF, já que dada a divisão social e técnica do trabalho, há clara distinção entre o trabalho da equipe técnica – pensar e planejar a produção em saúde, e dos ACS – executar o que foi planejado.

Além de participarem apenas da execução das tarefas, os ACS desconhecem o objeto de seu trabalho e passam a ser o próprio instrumento do processo de trabalho. Percebe-se que os ACS acabam sendo vítimas da contradição existente no processo de trabalho, passando à condição de instrumento deste, ao passo que desejam ser sujeitos; isto é, serem coprodutores das transformações.

Nesse sentido, o processo educativo proposto nesta investigação permitiu que os ACS tivessem crítica acerca da posição em que são colocados na ESF. Com a compreensão de que realizavam práticas reiterativas baseadas na educação tradicional, sem participação no planejamento da USF e recebiam formação aligeirada; somando aos conhecimentos da Saúde Coletiva apreendidos no processo educativo, o que permitiu reconhecer as raízes de suas frustrações no trabalho, os ACS se transformaram em sujeitos do processo de trabalho, capazes de criticar e intencionalizar suas ações.

Assim, durante o processo educativo novas práticas foram adotadas pelos ACS; por exemplo, ao invés de repetir as perguntas de costume, que certificam a manutenção do estado de saúde da população segundo a moderna saúde pública, os ACS passaram a perguntar como poderiam dar o passo para de fato ajudar as pessoas a buscar soluções efetivas para seus problemas de saúde e discutir as demandas. Além disso, passaram a se aproximar de jovens usuários de drogas de outra forma, criticando as medidas repressivas.

Percebe-se que o processo educativo crítico foi essencial para que os participantes agregassem elementos sociais na cadeia explicativa de determinação do consumo prejudicial de drogas. Nesse sentido, com as explicações mais claras, foram também capazes de desculpabilizar os usuários pelo consumo prejudicial de drogas. Coerentemente, as propostas de práticas a serem adotadas no espaço da AB pelos ACS também se modificaram para agregar elementos da dinâmica social nos territórios de atuação da AB e ao mesmo tempo para rever o fardo da frustração frente às práticas adotadas até então.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo educativo realizado nesta investigação indicou que a formação crítica leva o trabalhador a reconhecer os elementos e condições de desenvolvimento do processo de trabalho. No caso dos ACS que participaram, houve reconhecimento de sua função instrumental como anteparo dos problemas advindos da pobreza dos territórios onde atuam.

A partir do material produzido nas oficinas emancipatórias, as categorias analisadas evidenciaram as transformações ocorridas, seja acerca das concepções sobre drogas e usuários de drogas, seja nas práticas dos trabalhadores da AB. Reconhece-se que os procedimentos teórico-metodológicos adotados - a pesquisa-ação socialmente crítica e a educação emancipatória, foram imprescindíveis para que tais transformações ocorressem. Da mesma forma, a assunção da complexidade do fenômeno do consumo de drogas, inserindo-as no sistema de produção, distribuição e consumo como as demais mercadorias trouxe contribuições para compreender as contradições encontradas no território.

Partindo do pressuposto que os trabalhadores da AB não recebem formação na área de drogas e que suas concepções sobre drogas e usuários de drogas estão carregadas de mitos e estereótipos, considerou-se essencial compreender as expectativas dos participantes. Assim, foi possível problematizar o consumo prejudicial de drogas e apresentar a questão social, isto é, as diferentes formas de trabalhar e consumir nas diferentes classes sociais do modo de produção capitalista, como raízes deste problema.

Os participantes foram sinalizando que as explicações comumente utilizadas para o fenômeno das drogas – droga como o mal que deve ser extinto, pois dilacera as famílias, cujos jovens são fracos e influenciáveis, não explicavam as situações encontradas no

território em que vivem e trabalham, o que caracterizava uma contradição. Ademais, a educação em saúde por eles praticada baseava-se no tradicionalismo e empregava o amedrontamento como estratégia para mudar o comportamento da população que, de acordo com a nova saúde pública, deixaria de adoecer caso seguissem as orientações dos profissionais.

Da mesma forma, o processo educativo desvelou outra contradição vivenciada em relação ao processo de trabalho. Coerentemente com outras pesquisas, os ACS se queixaram do fato de terem que repetir o mesmo discurso às famílias diariamente, prática que trazia pouquíssimo resultado, causando frustração e desânimo. Esse contexto se agrava à medida que os ACS consideram-se uma categoria a parte da equipe técnica, de quem não recebe o apoio desejado e necessário para o enfrentamento das demandas da população. Ainda sobre o processo de trabalho, percebeu-se que os ACS se configuram, na verdade, como instrumento e não sujeitos, desconhecendo os fundamentos dos problemas e reproduzindo condutas deste. Isto é, eles são os próprios condutores de suas atividades, não contam com formação necessária (insuficiente e se dá no próprio serviço), nem com recursos (humanos e técnicos). Ademais, acabam por considerar as metas de produtividade como objeto de seu trabalho, uma vez que essa se mostra a maior preocupação dos gestores na ESF.

Esses problemas apontados representam potenciais de desgaste para o trabalhador, contribuindo para seu processo de adoecimento. Os ACS disseram que se sentiam frustrados e desgastados, no entanto não compreendiam o motivo da pouca eficiência e eficácia de seu trabalho no território, já que são dedicados e realizam as tarefas de acordo com o que lhes é solicitado.

Pode-se concluir que o processo educativo permitiu que os participantes compreendessem o processo de produção em saúde, reconhecendo também as características demandas do capital

inseridas no projeto neoliberal, isto é, a manutenção da desigualdade social e a exploração dos trabalhadores, como um processo capitalista, ou seja, que atende demandas e interesses que estão fora do escopo das necessidades de saúde dos moradores da área de abrangência da USF, mas são determinadas pelos interesses em disputa na sociedade. A partir disso as contradições percebidas passaram a ser compreendidas de forma crítica.

Os resultados do processo educativo, notadamente, são a construção de novas práticas que incidam nos determinantes sociais do processo saúde-doença. O material de apoio construído pelos participantes juntamente com os pesquisadores em oficinas realizadas após o processo educativo evidencia a incorporação dos conceitos da Saúde Coletiva, de acordo com o que era pretendido. Dessa forma, os ACS tornaram-se sujeitos críticos do processo de trabalho na ESF, e abriram-se para buscar seu lugar de sujeitos a medida que deixaram de ser “mini médicos/enfermeiros” que têm a pretensão de modificar os hábitos, comportamento e cultura da população a fim de prevenir doenças.

Os ACS mostraram que suas práticas são políticas e como tal devem estimular o engajamento sócio-político e a reflexão acerca dos determinantes sociais do processo saúde-doença para que as necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais sejam reivindicadas.

REFERÊNCIAS

Abramides MBC, Cabral MSR. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. São Paulo em perspectiva. 2003;17(1):3-10.

Adade M, Monteiro S. Educação sobre drogas: uma proposta orientada pela redução de danos. Educação e Pesquisa. 2013: 1-16.

Ahmed JU. Research Action: a new look. Kasbit Bussiness Journal, 2009; 2(1&2): 19-32.

Alford DP. Promoting substance use education among generalist physicians: an evaluation of the Chief Resident Immersion Training (CRIT) program. Journal of General Internal Medicine, 2009; 24(1):40-7.

Almeida AV, Trapé CA, Soares CB. Educação em saúde no trabalho de enfermagem. In: Soares CB; Campos CMS, organizadoras. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole; 2013.

Amodeu M. The therapeutic attitudes and behavior of social work clinicians with and without substance abuse training. Substance Use Misuse. 2000; 35(11):1507-36.

Anderson P. Overview of interventions to enhance primary-care provider management of patients with substance-use disorders. Drug Alcohol Review. 2009; 28(5):567-74.

Antunes R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 15 ed. São Paulo: Cortez; 2011.

Araújo LF, et al. Estudo das representações sociais da maconha entre agentes comunitários de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11(3):827-36.

Araújo LF, Gontès B, Nunes Junior J. Representações sociais da cocaína: estudo comparativo entre universitários das áreas de saúde e jurídica. Estudos de Psicologia. 2007;24(3): 315-23.

Arbex Junior J. Legalizar as drogas. Caros Amigos. 2004 mai. nº 86 [citado 2013 jun 26].

Arbex Junior J. Economia do mercado das drogas. [Apresentado no seminário: A cracolândia muito além do crack. São Paulo: FSPUSP; 2012]

Ballon BC, Skinner W. Attitude is a little thing that makes a big difference: reflection techniques for addiction psychiatry training. *Academic Psychiatry*. 2008; 32(3):218-24.

Barbosa RHS, Giffin K. Juventude, saúde e cidadania: uma pesquisa-ação com jovens da maré. *Caderno de saúde coletiva*. 2005; 13 (3): 649–72.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70;1977.

Barros MA, Pillon SC Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. *Revista de enfermagem UERJ* 2007; 15(2):261-6.

Barros MA, Pillon SC. Programa de Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2006; 8(1):144-9.

Bornstein JV, Stotz EN. O trabalho dos agentes comunitários de saúde entre a mediação convencidora e a transformadora. *Trabalho, educação e saúde*. 2009;6(3):457-80.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da educação. *Referencial Curricular para o Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília; 2004b.

Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2011. [citado 2012 nov 10]. Disponível em: http://www.senad.gov.br/saiba_mais/capacitacao.html

Brasil. Ministério da Justiça. *Crack é possível vencer*. 2011. [citado 2013 jun. 12]. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha>

Bravo MIS, Menezes JSB. Participação popular em saúde. In: Soares CB, Campos CMS (organizadoras). *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. Barueri: Manole; 2013.

Brown AT et al. Knowledge of addiction medicine among internal medicine residents and medical students. *Tennessee Medicine*. 2013;106(3): 31-3.

Büchele F et al. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciência e Saúde Coletiva* 2009; 14(1): 267-73.

Campos EA, Reis JC. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da Cidade de São Paulo. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2010;14(34): 539-50.

Campos FV, Soares CB. Conhecimento dos estudantes de enfermagem em relação às drogas psicotrópicas. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2004; 38(1): 99-108.

Campos CMS. Reconhecimento das necessidades de saúde dos adolescentes. In: Ana Luiza Vilela Borges e Elizabeth Fujimori, organizadoras. *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri: Manole;2009.

Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Caderno de Saúde Pública*. 2005; 21(4):1260–8.

Campos FV, Soares CB. Conhecimento dos estudantes de enfermagem em relação às drogas psicotrópicas. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2004;38(1):99-108.

Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa de Saúde da Família: o agente comunitário de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciência e saúde coletiva*. 2010;15(supl.1): 1509-20.

Canoletti B, Soares CB. Programa de prevenção ao uso de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface- Comunicação, Saúde e Educação* 2004; 9(16): 115-29.

Carr W, Kemmis S. *Becoming critical: education, knowledge and action research*. London: Deakin University Press, 1986. [citado 2013 mar.13]. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=HOV4fMVdnKsC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Carneiro HS. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. *Instituto de Estudos Socialistas*. 2002; 6: 115-128.

Carraro TE, et al. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no estado do Rio de Janeiro - Brasil: atitudes e crenças. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* 2005; 13:872-9.

Cassel C, Johnson P. Action research: explaining the diversity. *Human Relations*, 2006;59(6): 783-814.

Chambers RA et al. The Dual Diagnosis Physician-infrastructure Assessment Tool: examining physician attributes and dual diagnosis capacity. *Psychiatry Services* 2010; 61(2):184-8.

Coelho HV. A atenção ao usuário de drogas na Atenção Básica: elementos do processo de trabalho em USF [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012.

Coelho HV et al. Políticas públicas de saúde aos usuários de álcool e outras drogas: contribuição da Saúde Coletiva ao debate. *Estácio de Sá – Ciências da Saúde. Revista da Faculdade Estácio de Sá. Goiânia SESES-Go.* 2012; 2(7):194-203.

Coggiola O. O comércio de drogas hoje. *Olho História* [periódico na internet]. 2001 [citado 2013 jun. 26]. Disponível em: <http://www.olhodahistoria.ufba.br/04coggio.html>

Coutinho MPL, Araújo LF, Gontíes B. Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários. *Psicologia em estudo.* 2004;9(3): 469-77.

Costa DO, Tambelini AT. A visibilidade dos escondidos. *Physis – Revista de Saúde Coletiva.* 2009;19(4): 953-68.

Costa ME, Ferreira DLA. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. *Trabalho, educação e saúde.* 2012; 9(3): 461-78.

De Micheli et al. Study on the effectiveness of brief intervention for alcohol and other drug use directed to adolescents in a primary health care unit. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2004; 50(3):305-13.

Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e sociedade.* 2ª Ed. São Paulo: Duas Cidades; 1979.

Erickson CK et al. Effectiveness of addiction science presentations to treatment professionals, using a modified Solomon study design. *Journal of Drug education.* 2003; 33(2):197-216.

Ewan CE, Whaite A. Training health professionals in substance abuse: a review. *The international journal of addictions*. 1982; 17(7): 1211-29.

Faria LM. Só futebol não dá! A instrumentalização dos trabalhadores de saúde para prevenção e redução de danos associados ao uso de drogas, São Paulo. In: 3ª Mostra de Monografias em Estágio Curricular da EEUSP; 1999 dez. 7-9; São Paulo. São Paulo: EEUSP; 2000.

Fonseca AF. O processo histórico do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Fonseca EM, Bastos FI. Os tratados internacionais antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. In: Alarcon S, Jorge MAS (organizadores). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

Franco MAS. Pedagogia da pesquisa ação. *Educação e Pesquisa*, 2009;31(3): 483-502.

Friedmann PD et al. Screening and intervention for illicit drug abuse: a national survey of primary care physicians and psychiatrists. *Archives of Internal Medicine*. 2001; 161(2):248-51.

Fucito L et al. General practitioners' diagnostic skills and referral practices in managing patients with drug and alcohol-related health problems: implications for medical training and education programmes. *Drug and Alcohol Review*. 2003; 22(4):417-24.

Fujimori E, et al. Epidemiologia e saúde coletiva. In: Soares CB, Campos CMS, organizadoras. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013.

Galavote HS, et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória. *Ciência e saúde coletiva*. 2011;16(1): 231-40.

Giovanella L, et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária em saúde no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*. 2009;14(3):783-94.

Gomes KO et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa de Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(4):744-55.

Gonçalves AM. Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família. [tese]

Ribeirão Preto(SP); Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2002.

Graham HL. Implementing integrated treatment for co-existing substance use and severe mental health problems in assertive outreach teams: training issues. *Drug and Alcohol Review*. 2004; 23(4):463-70.

Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do trabalhar e morar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface- Comunicação, saúde, educação*. 2009;13(28): 123-35.

Haddad L et al. Knowledge of substance abuse among high school students in Jordan. *Journal of Transcultural Nurse*. 2010; 21(2):143-50.

Haguette TMF. *Metodologias qualitativas na Sociologia*. 3ed. Petrópolis: Vozes; 1992.

Hettema JE, et al. Motivational enhancement therapy to increase resident physician engagement in substance abuse education. *Substance Abuse*. 2009; 30(3):244-7.

Hollanda E. Práticas alternativas de pesquisa: alguns questionamentos sobre as potencialidades e limites da pesquisa-ação e pesquisa participante. In: Valla VV, Stotz EN (orgs.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993.

Huggett KN, et al. Substance use and dependence education in predoctoral dental curricula: results of a survey of U.S. and Canadian dental schools. *Journal of Dental Education*. 2011; 75(8):1003-9.

Karam ML. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: Labate BC, et al.(orgs). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. EDUFBA. 2008; 105-20.

Kopp P. *A economia das drogas*. Bauru: Edusc;1998

Lachtim SAF, Soares CB. Trabalho de jovens estudantes de uma escola pública: fortalecimento ou desgaste? *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009; 62(2): 179-86.

Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): 151-161.

Lacaz FAC et al. Estratégia de Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: um diálogo possível? Interface- Comunicação, Saúde, Educação. 2013; 17(44):75-87.

Laurell AC. La salud-enfermedad como processo social. Revista Latinoamericana de Salud. 1982;2:7-25.

Laurell AC. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: Laurell AC (org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo:Cortez/Cedec; 1995.

Ledwith M. On being critical: uniting theory and practice through emancipatory action research. Educational Action Research. 2007;15(4):597-611.

Lev-Ran S, et al. Attitudes towards nicotine, alcohol and drug dependence among physicians in Israel. Journal of Substance Abuse treatment. 2013;44(1): 84-9.

Macqueen A. A tragédia branca. Carta Capital. 2005 jan. 26 [citado 2013 jun 26].

Marshall VJ, et al. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment: public health training for primary care. American Journal of Public Health. 2012; 102 (8): 30-6.

Marx K. O capital: crítica da economia política. 2.ed. São Paulo: Nova Cultural; 1985. (vol. I).

Masur J, Carlini EA. Drogas: subsídios para uma discussão. 2 ed. São Paulo: Brasiliense; 1993.

Matthews J et al. The impact of a brief interclerkship about substance abuse on medical students' skills. Academic medicine. 2002; 77(5):419-26.

McLaughlin D et al. Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals. Journal of Psychiatric Mental Health Nurse 2006; 13(6):682-6.

McKeown A et al. A qualitative study of GPs' attitudes to drug misusers and drug misuse services in primary care. Family Practice. 2003; 20(2):120-5.

Martini JG, Furegato ARF. Teacher's social representation on drug use in a secondary school. Revista Latinoamericana de Enfermagem. 2008; 16:601-6.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Mendonça MHM et al. Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. Ciências e saúde coletiva. 2010; 15(5):2355-65.

Mészáros I. A educação para além do capital. São Paulo: Boitempo; 2005.

Midford R, et al. Evaluation of the In Touch training program for the management of alcohol and other drug use issues in schools. Journal of Drug Education. 2005;35(1): 1-14.

Miranda M.Gde, Resende ACA. Sobre a pesquisa-ação na educação e as armadilhas do praticismo. Revista brasileira de educação. 2006; 11(33): 511-65.

Mitri SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Ciências e saúde coletiva. 2012; 17(8):2071-85.

Monteiro Set al. Educação, drogas e saúde: uma experiência com educadores de programas sociais. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Oswaldo Cruz. Laboratório de Educação, Ambiente e Saúde; 2008.

Morosini MV. Educação e trabalho em disputa no SUS: a políticas de formação dos agentes comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

Morosini MV et al. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básicas: concepções do trabalho e da formação profissional. In: Ferreira FA, Satuffer AB (org). O processo histórico do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Mota RRA, David HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? Trabalho, educação e saúde. 2010;8(2):229-48.

Nappo S. Epidemia! Existe para o crack? [Apresentado no II Simpósio Crack. São Paulo: UNIFESP/CEBRID; 2012]

Nascimento AC, Sayd JD. “Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado”. Isso é regulação? Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2005;15(2):305-28.

O'Brien R. An overview of action research methodology. In: Richardson R. Theory and Practice of Action Research. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 1998. [citado 2013 mar. 13]. Disponível em: <http://www.web.ca/~robrien/papers/arfinal.html>.

Oliveira AGB, Conciani ME, MarconSR. A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso. Ciências, Cuidado e Saúde 2008;7(3): 376-84.

Oliveira JF et al. Representações sociais dos agentes comunitário de saúde acerca do consumo de drogas. Revista da Escola de Enfermagem USP. 2010; 44(3): 611- 8.

Oliveira RD, Oliveira MD. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. 3ªed. São Paulo: Brasiliense; 1981.

Ozechowski TJ, Waldron HB. Assertive outreach strategies for narrowing the adolescent substance abuse treatment gap: implications for research, practice, and policy. Journal Behavioural Health Service & Research. 2010; 37(1):40-63.

Paim J, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet Saúde no Brasil. 2011; maio. [citado 2013 jun. 20]. Disponível em www.thelancet.com

Peh AL, Lim YC, Winslow RM. Addiction in Singapore: changing patterns and evolving challenges. Singapore Medical Journal. 2012; 53(7):435-7.

Pereira ÉG, Soares CB, Campos CMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Revista Latinoamericana de Enfermagem. 2007; 15(6): 1072-9.

Pinikahana J, et al. Mental health professionals' attitude to drugs and substance abuse. Nursing and health sciences. 2002; 4: 57-62.

Pupin VM, Cardoso CL. Fazer de "soldadinho": as dificuldades no trabalho dos agentes comunitários de saúde. Psico. 2011;42(1):41-50.

Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção de Enfermagem em Saúde Coletiva. In: Livro resumo do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996. São Paulo-SP: ABEn-Seção-SP, 1996, p.347.

Rakvin C et al. The influence of structured education and clinical experience on the attitudes of medical students towards substance misusers. *Drugs and Alcohol Review*. 2007; 26(2):191-200.

Rasyidi E, Wilkins JN, Danovitch I. Training the Next Generation of Providers in Addiction Medicine. *Psychiatric Clinics of North America*. 2012;35: 461–80.

Rassool GH, Rawaf S. Educational intervention of undergraduate nursing students' confidence skills with alcohol and drug misusers. *Nursing and Education Today*. 2008; 28(3):284-92.

Rassool GH, Rawaf S. Predictors of educational outcomes of undergraduate nursing students in alcohol and drug education. *Nursing and Education Today*. 2008; 28(6): 691-701.

Rassool GH et al. Undergraduate nursing students' perceptions of substance use and misuse: a Brazilian position. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*; 2006;13(1):85-9.

Ribeiro AMM. O “polígono da maconha”. *Le Mond Diplomatique Brasil* [periódico na internet]. 2008 [citado 2013 jun. 26]. Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=213>

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*. 2004;20(2):438-46.

Roche AM. Alcohol and drug education and training: a review of key issues. *Drugs: education, prevention and policy*. 1998; 5(1): 85-99.

Rodrigues T. *Narcotráfico: uma guerra na guerra*. São Paulo: Desatino; 2003.

Rolles S. A comparison of the cost-effectiveness of prohibition and regulation of drugs. Transform Drug Policy Foundation. Reino Unido: 2009. [citado 2013 jun. 20]. Disponível em <http://www.tdpf.org.uk/CBA%20New%202010.pdf>

Room R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and alcohol review*. 2005; 24:143-55

Rosenstock KIV, Neves MJ. O papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010;63(4):581-6.

Sá NP. Discutindo a pesquisa participante. Em aberto. 1984; 3(20): 25-35.

Santos VE, Soares CB, Campos CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2010; 20(3): 995-1015.

Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2007; 41(spe): 777-81.

Satterfield JM, et al. Using standardized patients to evaluate Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) knowledge and skill acquisition for internal medicine residents. *Substance Abuse*. 2012; 33:303–7.

Saviani D. Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação política. 36ª ed. Campinas: Autores Associados; 2003. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, 5).

Saviani D. Educação socialista, pedagogia histórico-crítica e os desafios da sociedade de classes. In: Lombardi JC, Saviani D, organizadores. *Marxismo e educação*. Campinas: Autores Associados; 2005a. p. 223-74.

Saviani D. *Pedagogia histórico-crítica*. 9ª.ed.Campinas: Autores Associados; 2005b.

Siegal HA et al. Can a brief clinical practicum influence physicians' communications with patients about alcohol and drug problems? Results of a long-term follow-up. *Teaching & Learning in Medicine*. 2000;12(2):72-7.

Silva JA, Dalmaso ASW. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Silva VGB. *As mensagens sobre drogas no rap: como sobreviver na periferia*. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Silva VGB, Soares CB. As mensagens sobre drogas no rap: como sobreviver na periferia. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2004; 9(4): 975-85.

Soares CB. Juventude e saúde: concepções e políticas públicas. In: Dayrell J, Moreira MIC, Stengel M (orgs.). *Juventudes contemporâneas: um mosaico de possibilidades*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2011.

Soares CB. Adolescentes, drogas e AIDS em São Paulo. Saúde em Debate; 1995

Soares CB. Adolescente, drogas e AIDS: avaliando a prevenção e levantando necessidades. [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo; 1997.

Soares CB, Campos CMS, Berto JS, Pereira EG. Evaluation of educational activities concerning drug abuse and youth: praxis at work and in life. Trabalho, educação e saúde. 2011; 9(1): 43-62.

Soares CB, et al. Juventude e consumo de drogas: oficinas de instrumentalização de trabalhadores de instituições sociais, na perspectiva da saúde coletiva. Interface – Comunicação saúde e educação 2009; 13(28):189-99.

Soares CB, Campos CMS. A responsabilidade da universidade pública no ensino da prevenção do uso prejudicial de drogas. Mundo da Saúde. 2004;28(1):110-5.

Soares CB, Campos CMS. Consumo de drogas. In: Ana Luiza Vilela Borges e Elizabeth Fujimori, organizadoras. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Barueri: Manole; 2009.

Soares CB, Faria LM. Prevenção de drogas no meio universitário: uma experiência na Universidade de São Paulo. Participação. 2000;4(6):45-7.

Soares CB, Reale D, Brites CM. Uso de grupo focal como instrumento de avaliação de programa educacional em saúde. Revista da Escola de Enfermagem USP. 2000; 34(3):317-22.

Soares CB. Adolescentes, drogas e AIDS: avaliando a prevenção e levantando necessidades [tese]. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo; 1997.

Soares CB. Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da Saúde Coletiva [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

Soares CB et al. Avaliação de ações educativas sobre o consumo de drogas e juventude: a práxis no trabalho e na vida. Trabalho, Educação e Saúde 2011; 9(1): 41-60.

Soares CB et al. Juventude e consumo de drogas: oficinas de instrumentalização de trabalhadores de instituições sociais, na perspectiva da saúde coletiva. Interface. Comunicação, Saúde e Educação. 2009;13(28):189-99.

Soares CB, Campos CMS. A responsabilidade da universidade pública no ensino da prevenção do uso prejudicial de drogas. *Mundo da Saúde*. 2004;28(1):110-5.

Soares CB, Jacobi PR. Adolescentes, drogas e AIDS: avaliação de um programa de prevenção escolar. *Cadernos de Pesquisa*. 2000; 109: 213-37.

Soares CB. Agências de socialização e valores sociais: a família, a escola, os pares de trabalho. In: Borges ALV, Fujimori E, orgs. *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri-SP: Manole; 2009.

Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008;61(2):153-8.

Souza D et al. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. *Revista Brasileira de epidemiologia*. 2007; 10(2):276-87.

Stanton MR, et al. Implementation of a “Learner-Driven” curriculum: Na Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) interdisciplinary primary care model. *Substance Abuse*. 2012; 33:312–15.

Stotz EM. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: Brasil. *Caderno de Educação Popular e Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília-DF; 2007.

Tang YL et al. Attitudes, knowledge, and perceptions of Chinese doctors toward drug abuse *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2005; 29(3):215-20.

Tanner TB, et al. Web-based SBIRT skills training for health Professional students and primary care providers. *Substance Abuse*. 2012;33:316–20.

Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.

Thiollent MJM, Toledo RF. Participatory methodology and action research in the area of health. *International Journal of Action Research*. 2012;8(2): 1-17.

Toledo RF. Pesquisa ação nas áreas da educação, saúde e ambiente: um panorama do desenvolvimento nas universidades

estaduais paulistas. [Apresentado no seminário: Pesquisa ação na interface educação, saúde e ambiente. São Paulo: FSPUSP, 2011].

Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". Interface – Comunicação, Saúde e Educação. 2012; 6(10): 74-94.

Tran DT et al. Changes in general nurses' knowledge of alcohol and substance use and misuse after education. Perspective in Psychiatric Care 2009; 45(2):128-39.

Trapé CA. A prática educativa dos agentes comunitários do PSF à luz da categoria Práxis. [dissertação]. São Paulo (SP). Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Trapé CA, Soares CB. Educative practice of community health agents analyzed through the category of praxis. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2007; 15(1): 142-49.

Trapé CA, Soares CB. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2007; 15(1):142-9.

Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e pesquisa, 2005;31(3): 443-66.

Tripp D. Socially critical action research. Theory Into Practice. 1990;24(3): 158-66.

Valla VV, Stotz EN, Algebaile EB. Para compreender a pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP; 2005.

Van Hook S et al. The Six T's: barriers to screening teens for substance abuse in primary care. Journal of Adolescent Health. 2007; 40(5):456-61.

Vázquez AS. Filosofia da práxis. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.

Vieira JMR, Garnelo L, Hortale VA. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia Ocidental, com ênfase no Programa de Saúde da Família. Saúde e sociedade. 2010;19(4):852-65.

Vieira W. É hora de pensar diferente. Carta Capital. 2013 mai. 15 [citado 2013 jun 26].

UNODC. World Drug Report. United Nations publication. New York: 2013.

UNODC. World Drug Report. United Nations publication. New York: 2012

Ursine BL, Trelha CS, Nunes EFPA. O agente comunitário de saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. Revista brasileira de saúde ocupacional. 2010;35(122): 327-39.

Yonekura T, Soares CB. O jogo educativo como estratégia de sensibilização para coleta de dados com adolescentes. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2010; 18(5): 968-74.

Zaccone O. Combate às drogas e o respeito aos direitos humanos [Apresentado na V Conferência Internacional de direitos humanos. Vitória: OAB; 2012]

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

Ficha de Caracterização do ACS

1. Unidade em que trabalha:
2. Idade:
3. Sexo: Masculino () Feminino ()
4. Cor: Negro () Branco () Pardo () Amarelo () Índio ()
5. Naturalidade:
6. Estado civil: Casado () Solteiro () Amasiado () Divorciado () Viúvo ()
7. Filhos: Não () Sim () Quantos?
8. Escolaridade: EFC () EMI () EMC () TI () TC ()
9. Há quanto tempo finalizou/deixou os estudos?

10. Trabalha há quanto tempo como agente comunitário de saúde?

11. O que fazia antes de ser agente comunitário de saúde?

12. Quais cursos de formação como agente comunitário de saúde realizou?
Quando?

13. Condições da moradia

() casa/apartamento

() quintal ou terreno comum

() favela (casa de madeira)

() favela (casa de alvenaria)

() cortiço

() Cingapura/Cohab ou outro conjunto residencial do tipo subsidiado

14. Número de cômodos para dormir

15. Propriedade da moradia

() Própria

() Alugada

() Cedida

() Paga mensalidade de casa própria

16. Sobre IPTU

() isento (não paga)

() não isento (paga)

17. Condições de acesso à rede de serviços públicos (pode-se assinalar mais de uma alternativa)

() água da Sabesp

() esgoto da Sabesp

() coleta regular de lixo

() luz regular (com conta)

18. Pratica alguma atividade religiosa

() não

() sim. Qual?

19. Quais são suas formas de lazer?

() TV/rádio

- ☐ livros
- ☐ passeios em São Paulo
- ☐ casas de amigos e/ou parentes
- ☐ viagem fora de São Paulo
- ☐ cultos
- ☐ outras. Quais?

20. Faz parte de alguma Associação, Ong, Sindicato, outro?

- ☐ não
- ☐ sim. Qual?

APÊNDICE 2

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de São Paulo

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

São Paulo, 03 de Junho de 2011.
PARECER Nº 159/11 – CEP/SMS
CAAE: 0023.0.162.196-11

Ima. Sra.
Luciana Cordeiro

Projeto de Pesquisa: "Formação de Agentes Comunitários de Saúde para o Desenvolvimento de Práticas de Enfrentamento do Consumo Prejudicial de Drogas na Atenção Básica em Saúde"

Pesquisador Responsável: Luciana Cordeiro

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Local onde os dados serão coletados: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo / Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva.

Patrocinador: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

I - Sumário Geral do Protocolo

Objetivo: favorecer a formulação de práticas de enfrentamento da problemática do consumo de drogas entre jovens moradores de áreas de abrangência de UBS, mediante a participação efetiva dos trabalhadores envolvidos. Será realizada mediante pesquisa-ação com trabalhadores, notadamente ACS, das UBS do distrito de Sapopemba, município de São Paulo. A partir de temas geradores sugeridos pelos trabalhadores envolvidos, serão desenvolvidas oficinas de caráter emancipatório. Espera-se o aprimoramento de instrumentos e processos de formação, que permitam aos trabalhadores desenvolver superações frente à imobilidade e frente às práticas reiterativas desenvolvidas pelo setor saúde e outros setores, nos espaços da vida social, quando o problema a ser focalizado é o do consumo de drogas.

Tipo de pesquisa: nesta investigação, coerentemente com o marco teórico adotado, serão utilizados os preceitos da pesquisa-ação, muito utilizada na área da educação, e que incorpora, como a expressão bem remete, a ação como dimensão constitutiva do processo investigativo.

Coleta de dados e sujeitos de pesquisa: os sujeitos serão os trabalhadores da ESF, notadamente ACS, de unidades básicas de saúde do distrito de Sapopemba município de São Paulo, o qual abarca 18 UBS, contexto que abrigou estudo anterior desenvolvido pela proponente, sobre a relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF, e que mostrou que os problemas de sofrimento mental dos moradores são considerados os mais desgastantes para a enfermagem (Santos, Soares, Campos, 2007).

A coordenação das atividades de saúde nas UBS do distrito será solicitada autorização para participação na pesquisa (Apêndice 1). Estima-se a participação de 18 ACS.

Assim, participarão da pesquisa ACS e outros trabalhadores da equipe que demonstrarem interesse. A partir do convite, uma primeira oficina será operacionalizada para sensibilizar os trabalhadores envolvidos para os elementos que estão em jogo quando o objeto em questão é o consumo de drogas pela juventude. Nesse momento se procurará discutir um objeto ampliado, conforme definido pelos marcos teórico da saúde coletiva, que comportam então o complexo sistema de produção, distribuição e consumo da drogas, tanto lícitas quanto ilícitas (Soares, 2007). Pretende-se nesse processo estabelecer um contrato entre os participantes, a partir da avaliação de suas necessidades teórico-práticas, que conduzam às próximas etapas da investigação.

Nesse momento os participantes podem definir e realizar levantamentos e ações que ajudem a problematizar o tema do consumo de drogas. O grupo pode definir que necessita de mais elementos para poder definir as próximas etapas e construí-las a partir de dados novos e de outros momentos de reflexão. Os participantes serão convidados a participar e trarão num primeiro momento suas expectativas e dúvidas por referência ao tema. A sequência da pesquisa

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0023.0.162.196-11

dependerá dessa interação e articulação com os participantes. Calcula-se de acordo com experiência anteriores de capacitação cerca de 10 encontros com os participantes.

Espera-se que durante o processo se configurem práticas sociais inovadoras, que possibilitem estabelecer superações em relação às práticas criticadas no processo.

Todos os momentos serão registrados e/ou gravados, a depender da situação e da decisão dos envolvidos, que deve ser conjunta.

Análise dos dados: a análise dos dados, fundamentalmente qualitativos, seguirá os mesmos preceitos da pesquisa-ação, de tal forma que a cada etapa de sistematização, os resultados passarão por processo de legitimação no grupo de participantes, de forma a se instalar um contínuo processo de avaliação.

Aspectos éticos: além do contrato estabelecido, e de acordo com os preceitos legais, após aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, os participantes serão esclarecidos em relação à liberdade de desistir de participar a qualquer momento se assim o desejarem. Assinarão também uma autorização através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados esperados: espera-se que os resultados forneçam uma ampla base de referência sobre a formação de trabalhadores na atenção básica em relação às práticas a serem desenvolvidas em UBS para fazer o enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo de drogas entre os jovens moradores das áreas de abrangência de UBS. Em curto e médio prazo, espera-se que o conhecimento produzido possa fundamentar as práticas em saúde não somente dos ACS, mas também dos demais trabalhadores da atenção básica.

II - Considerações

2.1. Local de Realização

2.1.1 O projeto não é multicêntrico

2.2. Apresentação do Protocolo

2.2.1 A Folha de Rosto está corretamente preenchida.

2.2.2 O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa.

2.2.3 O orçamento detalhado está adequado.

2.2.4 O cronograma da pesquisa está adequado.

Há pertinência e valor científico no estudo proposto.

2.3 Avaliação dos riscos e benefícios

2.3.1 A metodologia é adequada aos objetivos.

2.3.2 A metodologia impõe alguma condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa? Em parte, uma vez que irá tratar da prática destes profissionais, em um tema que tem sido foco de angústia para os mesmos, conforme descrito na introdução. No entanto tal condição encontra-se devidamente justificada no desenho da pesquisa.

2.3.3 São previstos meios/procedimentos para atenuar/contornar o risco, no sentido de salvaguarda do sujeito de pesquisa.

2.3.4 Há grupos mais vulneráveis envolvidos, ou seja, os próprios ACS e possíveis consumidores de drogas, detectados por eles, da área de abrangência das UBS pesquisadas. As medidas de proteção aos sujeitos de pesquisa estão adequadas ao grau de vulnerabilidade, uma vez que o projeto aponta para possíveis encaminhamentos para os equipamentos ali existentes.

2.3.5 Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0023.0.162.196-11

2.4 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

- 2.4.1 É conciso e objetivo.
- 2.4.2 Está formulado na forma de convite à participação no estudo.
- 2.4.3 A linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa.
- 2.4.4 Há descrição suficiente dos procedimentos.
- 2.4.5 Há identificação dos riscos e desconfortos esperados.
- 2.4.6 Há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res. CNS 196/96.
- 2.4.7 Permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.
- 2.4.8 Permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação, sem prejuízo de seus cuidados.
- 2.4.9 São descritos os procedimentos e responsáveis pela obtenção do TCLE.

III - Situação do Protocolo: Aprovado

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da Unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

O sujeito de pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular nº 003/2011 da CONEP/CNS.

Amaury Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Cássia Baldini Soares, orientadora de Luciana Cordeiro, aluna regular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), venho por meio deste, convidar você a participar da pesquisa intitulada *Formação de agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento de práticas de enfrentamento do consumo prejudicial de drogas na atenção básica em saúde*, cujo objetivo é favorecer a formulação de práticas de enfrentamento da problemática do consumo de drogas entre jovens moradores de áreas de abrangência de UBS, mediante a participação efetiva dos trabalhadores envolvidos. Em outras palavras, procuramos com esta pesquisa participativa apoiar o trabalho dos agentes comunitários de saúde frente ao problema do uso de drogas no bairro.

Caso aceite participar da pesquisa, solicitamos sua autorização para realizar anotações e gravar as oficinas que serão realizadas durante o processo de formação proposto. Solicitamos também sua autorização para divulgar os resultados da pesquisa em eventos e publicações científicas nacionais e internacionais.

Garantimos todas as informações que você queira saber antes, durante e depois do estudo. A sua participação na pesquisa é voluntária e você tem liberdade de se recusar a participar do estudo, ou se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. A confidencialidade e privacidade serão mantidas, sendo garantido sigilo absoluto sobre sua identidade, de forma que os nomes dos participantes nunca serão divulgados. Esclareço ainda que você receberá uma cópia deste documento.

O desenvolvimento dos trabalhos se dará através de encontros a serem previamente agendados nas UBS da região. Neles os participantes trarão suas necessidades, que devem ser o norte para as discussões. Os encontros poderão ter diferentes dinâmicas tais como: filmes, jogos, rodas de conversa, entre outros. Calcula-se inicialmente cerca de 10 encontros, sendo que esse número dependerá das dúvidas que forem sendo trazidas pelos participantes, em cada encontro.

Caso tenha alguma dúvida, ou queira algum tipo de esclarecimento ou ainda reclamação sobre os procedimentos éticos deste estudo, por favor, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP no email: edipesq@usp.br.

Se sentir necessidade de contatar a pesquisadora durante ou após a pesquisa, o contato poderá ser feito com Cássia Baldini Soares (cassiaso@usp.br) ou Luciana Cordeiro (lcordeiro@usp.br) ou ainda pelo telefone: (11) 3061 7652.

- () Concordo em participar voluntariamente desta pesquisa
() Não concordo em participar desta pesquisa

Local e data

Assinatura da pesquisadora