UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LUÍZA CARRASCHI DE OLIVEIRA

PRÁTICAS EMANCIPATÓRIAS NA ÁREA DE DROGAS: CONSTRUÇÃO COLETIVA COM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

São Paulo
2018

LUÍZA CARRASCHI DE OLIVEIRA

PRÁTICAS EMANCIPATÓRIAS NA ÁREA DE DROGAS: CONSTRUÇÃO COLETIVA COM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da 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
2018

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:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Oliveira, Luíza Carraschi de
Práticas emancipatórias na área de drogas: construção coletiva com trabalhadores da atenção primária em saúde / Luíza Carraschi de Oliveira. São Paulo, 2018.
142p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientador: Prof. Dr. Cássia Baldini Soares
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Atenção primária à saúde. 2. Educação em saúde. 3. Drogas de abuso. 4. Enfermagem. 5. Pesquisa qualitativa. 6. Política de saúde. 7. Usuários de drogas. 8. Redução do dano. I.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Luíza Carraschi de Oliveira

Título: Práticas emancipatórias na área de drogas: construção coletiva com trabalhadores da atenção primária em saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Orientador: Prof.ª Dr.ª_____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

À minha mãe, a quem dedico todas as minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a todas as professoras e professores, em especial àqueles que acreditam nos seus alunos e na força que a educação tem em ampliar a forma como olhamos para o mundo desde cedo, são eles: **Madalena**, professora querida que de forma muito acolhedora e paciente me alfabetizou, aos incríveis professores de história **Celso** e **Mauro** por despertarem em mim a vontade de conhecer melhor o mundo e as pessoas.

Já adulta, conheci as professoras **Cássia** e **Célia** a quem agradeço de todo meu coração, foram incríveis ao me ajudarem a ler o mundo de forma crítica, aliviando angústias que a dureza da vida traz. Vocês são um grande exemplo para mim de rigor, dedicação e gentileza.

Agradeço à minha mãe, **Eliana**, que além de ser mãe foi minha primeira e mais dedicada professora que, ao dosar o rigor com que me ensinava com o amor com que me acolhia, me educou para as possibilidades do mundo, como ela sempre diz. É em seu colo que eu encontro conforto e força.

Ao meu companheiro e amigo **Valdionor**, que muito pacientemente me apoiou e me ajudou, juntos nós crescemos e nos fortalecemos.

Sinto muita alegria em companhia dos amigos **Eline** e **João** a quem agradeço por me acolherem tão irmanamente, proporcionando momentos de descontração fundamentais para dar maior leveza à vida.

Agradeço aos colegas do grupo de pesquisa que me acompanham desde a graduação e vêm me ensinando tanto ao longo destes anos, são vocês minha grande inspiração para a docência, cada um à sua maneira. Em especial à **Alva**, **Sheila**, **Aline**, **Iara**, **Bia**, **Luciana**, **Magali** e ao **Heitor**.

À **Supervisão Técnica de Saúde da Vila Prudente/Sapopemba** e aos **trabalhadores participantes** deste trabalho, que compartilharam experiências e conhecimentos imprescindíveis para o andamento do trabalho. A vocês eu sou muito grata.

Todos vocês foram fundamentais na construção deste trabalho. Obrigada pelo companheirismo e amizade.

EPÍGRAFE

A história não quer se repetir – o amanhã não quer ser outro nome do hoje -, mas a obrigamos a se converter em destino fatal quando nos negamos a aprender as lições que ela, senhora de muita paciência, nos ensina dia após dia.

Eduardo Galeano

Oliveira LC. Práticas emancipatórias na área de drogas: construção coletiva com trabalhadores da atenção primária em saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução O objeto deste trabalho são as práticas da atenção primária à saúde na área de drogas. Apesar de diversas mudanças dos últimos anos e a introdução de práticas de redução de danos, persistem práticas baseadas em senso comum e relacionadas à abordagem da guerra às drogas, com trabalhadores apresentando dificuldades de abordar o tema, além de medos e preconceitos. Constata-se assim a necessidade de desenvolvimento de crítica e de implementação de práticas científicas, tanto informadas por evidências quanto pautadas em referenciais que valorizem o potencial humano nas relações sociais. **Considerações teóricas** O estudo baseia-se no materialismo histórico e dialético, que explica o consumo contemporâneo de drogas pela mercadorização da droga, e que propõe a educação emancipatória como mecanismo para alcançar a crítica social. **Objetivos** O objetivo geral é recomendar diretrizes e estratégias para a construção de práticas emancipatórias na área de drogas, a serem implementadas na atenção primária em saúde, fundamentadas em evidências científicas. **Procedimentos metodológicos** Pesquisa qualitativa, que utilizou a metodologia da pesquisa-ação, na vertente emancipatória. As oficinas emancipatórias foram desenvolvidas na Supervisão Técnica de Saúde Vila Prudente/Sapopemba da cidade de São Paulo. O processo contou com a participação de 17 trabalhadores da atenção primária à saúde, dentre os quais enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentista e assistente sociais. Cerca de metade deles atua como gestor de unidades básicas de saúde organizadas ou não pela Estratégia Saúde da Família. **Resultados** Treze oficinas foram realizadas, abordando os seguintes temas: origem dos problemas sociais existentes no território de atuação; questões sociais que envolvem o consumo de droga; limitações e contradições das diretrizes, políticas públicas e práticas em saúde na área de drogas; finalidade do trabalho da Estratégia Saúde da Família e das unidades de saúde tradicionais; instrumentalização dos trabalhadores para implementação de evidências, a partir da crítica da saúde coletiva. Elaborou-se a proposição de quatro projetos de implementação intersetoriais baseados em evidências científicas e nas discussões críticas de práticas da saúde pública higienistas e patologizantes. **Discussão** Os projetos possibilitaram identificar as necessidades em saúde que estão na base do consumo problemático de drogas como: ausência de sociabilidade, e de espaços de lazer e cultura nos territórios; limitações e contradições das diretrizes governamentais, políticas públicas e práticas em saúde; ausência de rede de suporte social no território, entre outras. Os projetos primaram por garantir a criação de espaços crítico-políticos para o fortalecimento dos envolvidos nas ações. **Conclusão** As oficinas emancipatórias possibilitaram aos trabalhadores se localizarem no processo de produção em saúde e se apropriarem das contradições dos processos de trabalho que se desenvolvem nos serviços em que atuam. Consequentemente, mostraram-se fortalecidos para engajar-se na elaboração de planos de trabalho de identificação de necessidades em saúde do território, bem como para construir e implementar ferramentas para responder a essas necessidades. Foi fundamental nesse processo compreender que o problema das drogas é parte da questão social e que a atuação do setor saúde envolve ferramentas que vão além das práticas clínicas e das proposições preventivistas da saúde pública, em torno de mudanças de comportamento e autonomia individual.

Palavra-chave: Atenção Primária à Saúde; Educação em drogas; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa; Políticas Públicas de Saúde; Usuários de drogas; Redução de danos.

Oliveira LC. Emancipatory practices in the area of drugs: collective construction with primary health care workers [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction The object/subject matter of this work is the practices of primary health care in the area of drugs. Despite a number of changes in recent years and the introduction of harm reduction practices, common-sense practices related to the drug war approach persist, with workers experiencing difficulties in addressing the issue, as well as fears and prejudices. Thus, it is necessary to develop a critique and implementation of scientific practices, both informed by evidence and based on references that value human potential in social relations. **Theoretical considerations** The study is based on historical and dialectical materialism, which explains the contemporary consumption of drugs by the commodification of drugs, and which proposes emancipatory education as a mechanism to achieve social criticism. **Objectives** The general objective is to recommend guidelines and strategies for the construction of emancipatory practices in the area of drugs, to be implemented in primary health care, based on scientific evidence. **Methodological procedures** It is a qualitative research, which used the methodology of action research, in the emancipatory approach. The emancipatory workshops were developed at the Vila Prudente / Sapopemba Technical Health Supervision of the city of São Paulo. The process involved the participation of 17 primary health care workers, including nurses, psychologists, occupational therapists, dentists and social workers. About half of them work as a manager of basic health units organized or not by the Family Health Strategy. **Results** Thirteen workshops were held, addressing the following themes: origin of social problems in the area of action; social issues involving drug use; limitations and contradictions of drug policies, public policies and health practices; purpose of the work of the Family Health Strategy and the traditional health units; instrumentalization of workers to implement evidence, based on collective health criticism. Four intersectoral implementation projects based on scientific evidence and critical discussions of the hygienic and pathological public health practices were developed. **Discussion** The process made it possible to identify the health needs that are the basis of problematic drug use, such as: lack of sociability, leisure and culture spaces in the territories; limitations and contradictions of governmental guidelines, public policies and health practices; absence of a social support network in the territory, among others. The projects focused on ensuring the creation of critical-political spaces for the strengthening of those involved in the actions. **Conclusion** The emancipatory workshops enabled the workers to locate themselves in the process of production in health and to understand the contradictions of the work processes that are developed in the health services in which they work. Therefore, they were strengthened to engage in the elaboration of work plans to identify health needs of the territory, as well as to build and implement tools to respond to those needs. It was fundamental in this process to understand that the drug problem is part of the social issue and that the health sector's performance involves tools that go beyond clinical practices and preventivist public health propositions around behavioral changes and individual autonomy.

Key words: Primary Health Care; Drug education; Nursing; Qualitative research; Public Health Policies; Drug users; Harm reduction.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DARE	Drug Abuse Resistance Education
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESP	Estratégia Saúde da Família
GD	Guerra às Drogas
HIV	Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PROERD	Programa Educacional de Resistência às Drogas
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RD	Redução de Danos
RDE	Redução de Danos Emancipatória
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Identificação dos participantes da pesquisa 50

Quadro 02 – Dados bibliométricos dos estudos incluídos na revisão. 2018 – MEDLINE 56

Quadro 03 – Dados bibliométricos dos estudos incluídos na revisão. 2018 – LILACS 60

Quadro 04 – Estratégias identificadas pela RI nos estudos incluídos e seu potencial emancipatório 73

Quadro 05 – Processo de pesquisa-ação com gestores da APS: objetivos e estratégias das oficinas 75

Quadro 06 – Detalhamento das práticas construídas pelos trabalhadores durante processo educativo 106

FIGURAS

Figura 01 – Fluxograma PRISMA da seleção dos artigos para a revisão integrativa 55

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 12

1 INTRODUÇÃO 15
1.1 PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES COM O OBJETO 16
1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS NA ÁREA DAS DROGAS NO BRASIL 24
1.2.1 *Crack, é possível vencer - Âmbito Federal* 25
1.2.2 *Programa Recomeço – Âmbito Estadual, São Paulo* 26
1.2.3 *De Braços Abertos – Âmbito Municipal, São Paulo* 27
1.2.4 *Crack Redenção – âmbito Municipal, São Paulo* 28

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS 30
2.1 DROGA COMO MERCADORIA 31
2.2 ESTADO E POLÍTICAS NA ÁREA DE DROGAS 34
2.3 REDUÇÃO DE DANOS EMANCIPATÓRIA 40

3 PRESSUPOSTO, OBJETIVO E FINALIDADE 45
3.1 PRESSUPOSTO 46
3.2 OBJETIVO GERAL 46
3.2.1 *Objetivos específicos* 46
3.3 FINALIDADE 46

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 47
4.1 TIPO DE PESQUISA 48
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO 49
4.3 ASPECTOS ÉTICOS 51
4.3.1 *Autorização da Coordenadoria de Saúde Sudeste da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo* 51
4.3.2 *Comitê de Ética em Pesquisa* 51

5 REVISÃO DA LITERATURA 53
5.1 RESULTADOS DA REVISÃO DA LITERATURA 64
5.2 ANÁLISE DOS ESTUDOS 61
5.3 O DISCURSO DO COMPORTAMENTO DO RISCO INDIVIDUAL 61
5.4 A DETERMINAÇÃO E OS DETERMINANTES SOCIAIS COMO OBJETO DAS PRÁTICAS 69
5.5 ANÁLISE DA REVISÃO 70

6 RESULTADOS 74
6.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS 75
6.2 PROPOSIÇÃO DE PRÁTICAS EMANCIPATÓRIAS 106

7 DISCUSSÃO 108

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 115

9 REFERÊNCIAS 118
9.1 BIBLIOGRAFIA: REVISÃO DA LITERATURA 126
9.1.1 *LILACS* 126
9.1.2 *MEDLINE* 126

10 APÊNDICES 130

11 ANEXOS 137

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Desde muito pequena eu aprendi que existem diferenças no modo como as pessoas vivem, diferenças de tratamento, de remuneração, de casas, trabalhos e lazeres, e isso provocava em mim muita inquietude porque não conseguia entender o porquê da existência de relações tão hostis nem o porquê de algumas pessoas viverem em condições tão precárias; claro que tão nova não sabia dizer que isso eram desigualdades sociais, consequência de um regime de acumulação perverso. Graças à educação familiar libertária, com influências de mulheres fortes e muito questionadoras, também muito cedo já sabia que não queria ignorar essa realidade.

Aos 17 anos, ingressei na Escola de Enfermagem da USP; como a maioria das jovens que lá estavam eu tinha o sonho de trabalhar em grandes hospitais, usar jaleco e cuidar de pessoas em situação de doença, afinal eu queria cuidar. Nunca que durante o preparo para o vestibular pensei em trabalhar em outra área esta, na verdade pouco sabia da existência de outras áreas no campo da enfermagem. Fui aluna aplicada nas matérias que abordam assuntos clínicos, mas toda aquela euforia de iniciante foi abrandando, notei que no hospital o trabalho da enfermagem era desvalorizado e de pouca autonomia, esses e outros detalhes foram opacizando a minha visão hospitalar e me afastando do desejo de atuação na área.

Não sei se o trabalho hospitalar foi perdendo o brilho ou se eu fui me encontrando em outras áreas, novas para mim; acredito que as duas ponderações são corretas. Logo no início da faculdade, ainda no primeiro ano, a Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família foram apresentadas a mim, campo muito novo, pois mesmo na minha vida pessoal eu não tive contato com Unidades Básicas de Saúde e não tinha conhecimento algum sobre saúde coletiva. Lembro quando minhas professoras falaram sobre potenciais de desgaste e pontos de fortalecimento, bem como necessidades em saúde; pronto mais uma vez as tais desigualdades sociais entraram na minha vida, mas agora com mais teoria, mais fundamento, já conseguia elaborar melhor isso na minha cabeça, mas como agir?

A clareza para se trabalhar com este olhar quem me mostrou foi a professora Cassia Baldini, minha orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso e Mestrado. Através dos ensinamentos e da constante troca de experiências, por meio do grupo de pesquisa,

conheci a pesquisa-ação, a educação emancipatória, a tal da instrumentalização dos profissionais, aprendi sobre a importância da participação social e muito mais. Pronto, mais uma vez a influência feminina estava me ensinando a ser forte e questionadora. Assim, a dúvida foi se desfazendo e virando reflexão, virando possibilidades de trabalho, virando parcerias, virando mudanças que já transformaram a minha vida e que me acompanharão caminhada afora.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo toma como objeto as práticas de saúde no âmbito da atenção primária à saúde (APS) na área de drogas. Para exposição deste objeto a pesquisa se inicia com a introdução ao tema, que ressalta sua intrínseca relação com a área da saúde e sua evolução histórica, para depois expor as atuais políticas e programas, na área de drogas, existentes no Brasil; segue-se com a apresentação das considerações teóricas que nortearam a pesquisa: droga como mercadoria; redução de danos emancipatória, e os conceitos de Estado e de políticas que problematizam as políticas brasileiras em evidência, na área de drogas, desde 2003.

Por fim, apresenta-se a pesquisa propriamente dita: procedimentos metodológicos; resultados da revisão da bibliografia, que buscou, em estudos publicados nacional e internacionalmente, levantar e analisar as práticas e programas relacionados às drogas no âmbito da APS, objetivando analisar e sintetizar as melhores práticas e estratégias na APS voltadas ao tema das drogas, de acordo com sua aproximação ou distanciamento das vertentes de “Guerra às drogas” (GD) e de Redução de Danos (RD); resultados relativos ao desenvolvimento das oficinas emancipatórias; discussão dos resultados e implicações para a prática; e considerações finais.

1.1 PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES COM O OBJETO

A seguir será explorado o tema das práticas atuais em saúde no Brasil voltadas às drogas, na tentativa de evidenciar o processo e os efeitos da incorporação das diretrizes ministeriais para a área, nos últimos 14 anos. As diretrizes foram influenciadas pelo movimento global de RD, movimento que ao longo dos anos alcançou avanços, ainda que tenha sofrido também retrocessos. Nesse sentido, a RD caminhou na construção de práticas em saúde, em contraponto às práticas afiliadas à GD, ampla e globalmente criticadas por envolverem a sociedade em uma *cortina de fumaça*, com ações repressivas e acríticas, que ignoram abordagens humanistas, de valorização de relações sociais de proteção, e de crítica social.

Práticas visando à RD, voltadas à população que faz uso problemático de drogas são bastante discutidas na literatura, no mundo todo, sendo marcadas por diferentes tendências (Roe, 2005; Santos, Soares, Campos, 2010;). No mundo ocidental moderno, a literatura notifica a existência pontual de práticas de RD, adotadas desde a década de 20, em países europeus, a exemplo da Inglaterra que, por meio de prescrições médicas, indicava o uso dosado de certas drogas, visando ao maior controle das reações destas sobre o corpo e buscando melhora no bem estar dos usuários (Santos, Soares, Campos, 2010).

Estas práticas só se consolidariam como políticas de assistência à saúde ao final da década de 70, frente a uma ameaça de proporção mundial. Data-se entre 1977 e 78 a descoberta dos primeiros casos do que viria a ser identificado como a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), nos Estados Unidos da América, Haiti e África Central. Neste período a população mais vulnerável, em que se observava maior incidência de casos, era a população homossexual masculina, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo (BRASIL, 2003).

Com base nos temores oriundos do alastramento desta epidemia, o Brasil centrou seus esforços de Saúde Pública na construção de práticas de RD, que de início, eram relacionadas principalmente à diminuição dos agravos, como as doenças transmissíveis, em especial HIV/Aids, focadas principalmente na parcela marginalizada da sociedade que fazia uso de drogas injetáveis. Em 1989 o Ministério da Saúde (MS), em parceria com a então Coordenação Nacional de DST/AIDS, organizou um primeiro programa de troca de seringas (PTS) em Santos - SP, com efetiva implantação em Salvador – BA, este seria o primeiro programa de RD do Brasil (Andrade, 2011).

A compreensão da Aids expos outro problema de saúde de ordem mundial, o uso problemático de substâncias lícitas e ilícitas. Notou-se de imediato o problema do uso de drogas injetáveis. Mais tarde a transição para o uso problemático de crack e cocaína exigiu ampliação das práticas de RD, para além da prevenção do HIV e das medidas pontuais de troca de seringas (Andrade, 2011). Embora a RD tivesse com a Aids encontrado alguma entrada na Saúde Pública, o discurso de GD ainda estava presente, tendo se consolidado por muito tempo como política de cunho

proibicionista que criminaliza todo tipo de consumo, desde o consumo ocasional/recreativo até o uso dependente das drogas ilícitas.

Este modelo ideológico de GD teve origem nos Estados Unidos e intensificou-se em meados da década de 80, orquestrado por questões políticas que objetivavam banir o consumo das drogas ilícitas da sociedade. Disseminando intolerância e com o propósito de promover controle social, o modelo propunha intervir sobre o livre arbítrio da população, bem como sobre os países de capitalismo periférico produtores das drogas ilícitas (Carlini-Cotrim, 1992). Carneiro (2002) ressalta que, como reflexo desta política, houve aumento da violência urbana, do número de encarcerados e das forças militares envolvidas com as drogas.

Esta ideologia dissemina um discurso de argumentação emotiva e alarmista, pouco pautado nos saberes científicos, sendo difundido de forma sensacionalista. O discurso do "combate" influencia a construção do senso comum da população, manipulando as representações coletivas sobre abuso das drogas, determinado por relações econômicas e políticas vigentes (Bucher, Oliveira, 1994).

> "...tal abordagem limita-se a preconizar uma repressão implacável, restringindo-se, desta forma, às drogas ilícitas. Ora, em muitos países, entre os quais o Brasil, são precisamente as substâncias lícitas as mais consumidas e as mais fortes geradoras de abusos e dependências. Trata-se aí de um fato epidemiológico inconsistente, a ser levado a sério diante da distorção do fenômeno introduzida pela pregação tantas vezes piegas do "combate às drogas" (Bucher, Oliveira, 1994).

A posição majoritária do setor saúde brasileiro, quanto às drogas ilícitas, apresenta, como no resto do planeta, forte influência desta política proibicionista, que trouxe e vem continuamente trazendo como consequência processos de marginalização e encarceramento das camadas mais pobres, por meio de ações de forte caráter moralista, preconceituosas e repressivas (Soares, Jacobi, 2000). Nessa perspectiva, a estrutura social que subsidia o uso prejudicial de drogas lícitas e ilícitas apresenta papel secundário, ficando à margem, sendo colocada em destaque a droga como fator causal, que geraria a dependência e os problemas comportamentais e mentais dos usuários (Soares, 2007).

Atualmente, no Brasil, a política ministerial voltada para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas acompanha a intenção, da área da saúde em geral, de implementar ações de reversão dos modelos assistenciais excludentes, para um

planejamento voltado à atenção integral em saúde. Assume-se que o uso abusivo de substâncias psicoativas se tornou um problema de saúde pública, e que, por isso, exige políticas públicas de atenção integral ao usuário abusivo, de forma que o atraso histórico causado por uma atenção à saúde estigmatizada e não resolutiva seja superado. Portanto, o MS propõe a criação de ações integrais e articuladas para assumir o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública (Brasil, 2003).

A reestruturação da Atenção Básica[1] (AB), a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994 pelo MS, como estratégia para implementação das diretrizes do SUS, tem a função, de acordo com a OMS, de criar e fortalecer vínculos de compromisso entre os profissionais e a população. Assim, a Unidade Básica de Saúde (UBS) passa a assumir a responsabilidade sobre o monitoramento e acompanhamento da população de sua área de abrangência de forma a compreender o modo de vida das pessoas para uma atuação sobre suas necessidades em saúde (Santos, Soares, Campos, 2007).

Mesmo com a nova organização da APS, a atenção às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas muito ainda tem de ser trabalhada para alcançar atenção integral que supere o modelo biomédico e a ideologia moralista. Santos, Soares e Campos (2010), em revisão da literatura sobre RD no Brasil, identificaram que a maioria dos trabalhos acadêmicos publicados sobre o tema está sob a égide da multifatorialidade da Saúde Pública e da área da clínica psiquiátrica.

Coelho e Soares (2014), em estudo em unidades UBS-ESF em São Paulo, analisaram as práticas de trabalhadores voltadas para os consumidores de drogas, identificando uma série de entraves que não condizem com a postura adotada pelo MS: há grande dificuldade por parte dos trabalhadores de se desconstruir o estigma ao qual esta parcela da sociedade está submetida; ainda se vê o usuário como um doente, desviante, incapaz; há formação incipiente sobre a temática, o que leva a uma prática em saúde alienada, apartada de reflexão e discussão crítica; forte presença da clínica médico-centrada, vinculada à psiquiatria; ausência de

[1] Neste trabalho optou-se por utilizar o termo APS, ainda que as políticas ministeriais brasileiras, e consequentemente os trabalhadores que atuam na área, utilizem a expressão AB. Apesar de guardar reservas em relação ao termo APS, principalmente pelas críticas feitas pela saúde coletiva ao preventivismo, à medicina comunitária e à fragmentação da determinação em determinantes, a preferência neste trabalho se deve à disseminação internacional que o termo tem, a partir de Alma-Ata, o que facilita o diálogo com a literatura internacional.

interpretações das demandas trazidas pelos usuários da unidade de saúde, que são atendidos apenas pontualmente em suas necessidades; o objeto de cuidado é restrito à pessoa doente e incapaz, não há ferramentas eficazes para se ampliar este objeto; os usuários são tratados pontualmente em suas necessidades e logo são direcionados para os serviços especializados. Denúncia semelhante foi feita em estudo de supervisão das atividades realizadas em um CAPS Álcool e drogas – SP (Cordeiro, Godoy e Soares, 2014).

Cordeiro *et al.* (2014), em análise sobre processo educativo com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), confirmam a existência das barreiras descritas anteriormente, na formação e prática destes agentes. O estudo ressalta a formação fortemente marcada pela ideologia moralista e de culpabilização do usuário, presente na concepção funcionalista. Assim, a ideia de menosprezo ao usuário de drogas e o terrorismo que se faz acreditar em torno do uso de substâncias ilícitas confirmam a ainda presente influência da ideologia da GD na população brasileira e nos espaços de atenção à saúde e educação em saúde (Soares, Jacobi, 2007).

Na mesma direção encontra-se a análise de (Dimenstein *et al.* 2018) sobre as limitações do trabalho na APS, sugerindo investimento em ações educacionais permanentes na APS, para promover mudanças relativas à mentalidades preconceituosas e que cultivam o medo.

Para que os trabalhadores sejam capazes de ampliar suas práticas, precisam ir além da detecção dos problemas do bairro, necessitando também de boa capacidade de comunicação, sentirem-se confortáveis para falar sobre assuntos a serem debatidos, ter conhecimento técnico, dentre outros (Brasil, 2009), uma vez que enfrentarão algumas barreiras, pois se sabe que lidar com o problema do consumo de álcool e outras drogas nos bairros envolve questões complexas como preconceito e medo (Soares, 2007). O ensino dos trabalhadores de saúde sobre a temática é ainda incipiente e destina-se quase que exclusivamente a elucidar apenas questões relacionadas aos efeitos da droga sobre o sistema nervoso central. Ainda de maneira muito parcial, se incorporam questões de ordem individual e/ou familiar, associadas às características de personalidade e comportamento “indutores” do consumo de psicoativos (Soares, Campos, 2004).

Mais recentemente, algumas iniciativas ministeriais de formação na área das drogas têm sido implementadas, como o Curso Supera[2] - "Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento", parceria entre o Ministério da Justiça e Cidadania, por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Alguns dos objetivos do curso são: caracterizar a epidemiologia do uso, abuso e dependência de drogas no Brasil, relacionados à influência dos fatores culturais, políticos e econômicos; identificar o padrão de uso de drogas psicoativas, com o auxílio de instrumentos de triagem e diagnóstico; identificar os recursos da Rede de Saúde e da comunidade que possam auxiliar no encaminhamento e reinserção social de usuários de substâncias psicoativas, dentre outros.

O Programa Famílias Fortes[3] também foi amplamente divulgado, desenvolvido pelo MS e parcerias. O programa proporciona formação de facilitadores para conduzir encontros envolvendo adolescentes e pais com os objetivos de fortalecer vínculos familiares e desenvolver habilidades sociais. Como mencionado em apostila do programa, presume-se que “uma relação positiva entre os familiares cria condições favoráveis para o bom desenvolvimento dos jovens e tende a afastá-los de condutas de risco” (Brasil, 2017).

Outro programa formativo para profissionais da saúde é o Projeto Caminhos do Cuidado[4], iniciativa do MS, da Fundação Oswaldo Cruz, Grupo Hospitalar Conceição e Escola Técnica de Saúde do SUS (ETSUS), voltada para a formação em saúde mental, álcool, crack e outras drogas, articulada com a ESF para a formação dos agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem. O projeto envolve planejamento, articulação, coordenação, monitoramento e execução de processo formativo norteado pela perspectiva de RD para fortalecer a política do MS de Atenção Integral e o cuidado com as pessoas que fazem o uso prejudicial de drogas. Santos e Ferla (2017) avaliam tal projeto como potente para a formação crítico-reflexiva dos profissionais, proporcionando possibilidade de ampliação da atenção à saúde da população que consome drogas de forma

[2] https://www.supera.senad.gov.br/ acesso em: 08/06/2018
[3] http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/familias_fortes_introducao_encontro1.pdf acesso em: 08/06/2018
[4] https://www.caminhosdocuidado.org/espaco-do-aluno/ acesso em 05/06/2018

problemática, vislumbrando novas práticas uma vez que as barreiras impostas pelo preconceito e estigmas vão se desfazendo. Como limitação, apontam que o projeto não alcançou mudanças na cultura dos serviços, fazendo-se necessárias constantes aproximações com o tema e ampliação da discussão para outros profissionais da APS. O estudo evidenciou que há muito ainda a ser feito para conseguir efetivar qualquer mudança permanente nas práticas nessa área.

É evidente a não linearidade dos projetos e programas formativos oferecidos pelo governo, que ora tendem ao comportamento de risco e ora à crítica aos fatores sociais, com múltiplas visões para a perspectiva da RD.

Com perspectiva crítica, é possível citar iniciativas que, embora circunscritas à universidade, mostram-se potentes para superar lacunas na formação de profissionais, como a disciplina “Drogas Psicoativas: Educação e Redução de Danos”, ministrada no curso de graduação da Escola de Enfermagem, como optativa, voltada para alunos de graduação de diferentes cursos da USP. Esta disciplina está centrada nos marcos conceituais da saúde coletiva, e é uma construção coletiva do Grupo de Pesquisa “Fortalecimento e desgaste no trabalho e na vida – bases para a intervenção em saúde coletiva”, que tem como finalidade a compreensão do problema e a proposição de respostas que superem as limitações da perspectiva hegemônica nessa área (Cordeiro *et al.,* 2016a).

Ainda, para auxiliar o processoensino-aprendizagem na área de drogas, Novais *et al*. (2018) afirmam que o uso das tecnologias de informação e comunicação (TICs) podem ajudar a reduzir problemas relacionados ao uso abusivo de drogas, uma vez que têm potência para divulgar e aprofundar informações científicas que respondem à necessidade de melhoraria na qualificação dos profissionais de saúde que irão atuar na assistência dos usuários e seus familiares, minimizando os danos causados por práticas preventivas irreais ou distorcidas, baseadas na pedagogia do terror. Para tanto, são necessárias transformações no sistema educativo que integrem novas tecnologias como ferramentas pedagógicas a serviço da formação de profissionais e como fonte de constante atualização para o serviço, democratizando o acesso à informação de forma a oferecer possibilidade para que o educando construa seu próprio conhecimento com informações corretas e baseadas na realidade.

Sendo a problemática do consumo de drogas complexa, para além da formação dos profissionais, ela exige da equipe da ESF saber lidar com outras questões, como: o sofrimento das famílias envolvidas e das pessoas que consomem drogas de forma prejudicial; a insuficiência de meios e instrumentos de trabalho; a difícil superação do modelo assistencial clássico que cobra resultados e produtividade, focado nas atividades programáticas; a divisão do trabalho, que muitas vezes não colabora para a integração multiprofissional do cuidado, entre outras (Santos, Soares, Campos, 2007).

Constantes são os esforços da saúde coletiva para fortalecer os trabalhadores que estão envolvidos com a temática, por meio da interpretação do consumo problemático de drogas como fenômeno social, cujo consumo aumentou drasticamente nos últimos anos devido à intensificação das desigualdades sociais e consequente mercantilização da droga; assim sendo, a RD na perspectiva da saúde coletiva assume caráter político, tornando-se um movimento amplo que leva no seu arcabouço teórico questões tais como, ética, direitos humanos, crítica à política de GD que são de grande importância para a interpretação e mudança das contradições (Santos, Soares, Campos, 2010).

Ainda que o modelo ideológico de GD se faça presente no cotidiano dos serviços, valorizando a posição idealizada de uma sociedade livre de drogas, e cobrando mudanças de comportamento individual, com estratégias agressivas e amedrontadoras, a crítica a este sistema deve ser levantada frequentemente, reivindicando práticas progressistas contrárias à ideologia de GD.

Globalmente ainda existem áreas na Saúde Pública que insistem na implementação de políticas de drogas construídas com base na GD. Estas práticas se distanciam das evidências científicas e geram grande gasto de dinheiro público em práticas repressivas, causando consequências negativas, para a sociedade, incluindo o enriquecimento do crime organizado, o fomento da violência no mercado de drogas e as taxas recordes de encarceramento de presos não violentos relacionados com o tráfico de drogas. Este movimento acaba por exacerbar a perda de direitos humanos, circunstância que vem sendo amplamente ignorada pelas esferas governamentais responsáveis por regulamentar as práticas na área das drogas (Wood *et al.,* 2010).

Em geral, nos serviços de APS os profissionais implementam práticas com base em suas experiências do trabalho, sem embasamento científico ou evidências de sua efetividade. Dessa maneira estudos reforçam a necessidade de se construírem práticas baseadas em evidências, a fim de se evitarem lacunas e redundâncias (Van de Glind *et al*., 2016). Strang *et al*. (2012) complementam essa tendência afirmando que os estudos científicos devem subsidiar deliberações e orientar a seleção de políticas e práticas que maximizam o bem público; essa análise é reforçada por outros estudos de revisão da literatura (Spoth, Greenberg, Turrisi, 2008).

Dessa forma, a reorientação das políticas de drogas consiste em primeiro lugar em: reconhecer os danos das atuais políticas de drogas; insistir em construir alternativas à proibição das drogas; e implementar com prontidão práticas baseadas em evidências para reduzir os danos relacionados às drogas e o redirecionamento dos recursos financeiros (Wood *et al.,* 2010).

Até aqui pode-se concluir que práticas na APS, que se baseiem nas melhores evidências produzidas nesta área, devem ser incentivadas, servindo de base para a elaboração de práticas científicas e críticas à GD.

1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS NA ÁREA DAS DROGAS NO BRASIL

Com esforços voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, o Governo Federal atualizou a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), com promessas de avanço nas políticas públicas. Os esforços partiram da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), responsável por coordenar e integrar as ações do governo, relativas à redução da demanda de drogas, como forma de realinhar a política vigente desde 2001 e aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD).

Em substituição às leis n°6.368/76 e n°10.409/02, firmou-se a lei n°11.343/06, também conhecida como lei antidroga. Essa lei legitima o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), ditando as normas para alcançar níveis de

prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como as de repressão ao tráfico, definição de crimes, distinção usuário de traficante e suas respectivas penas (Brasil, 2006).

Os programas que representam as políticas na área de drogas, notadamente na cidade de São Paulo, são: Programa crack é possível vencer; Programa Recomeço; Programa De Braços Abertos (DBA) e Programa Redenção.

1.2.1 Crack, é possível vencer - Âmbito Federal

Em maio de 2010 foi instituído pela Presidência da República o plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas – “O plano Crack”, através do decreto de lei Nº7.179, com proposta de ações descentralizadas e integradas por meio da articulação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários, bem como ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas (Brasil, 2010).

Trata-se de programa lançado pelo Governo Federal, coordenado pelo Ministério da Justiça em parceria com outros Ministérios, para desenvolver ações organizadas em 03 eixos: cuidado; prevenção e autoridade - policiamento ostensivo (Brasil, 2012).

No eixo Cuidado o programa conta com a ampliação dos equipamentos e qualificação da atenção à saúde, apresentando os seguintes elementos: Consultório de Rua; Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas; Unidades de Acolhimento; Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2012).

No eixo Prevenção, destinado a ações para prevenir o uso de crack e outras drogas nas escolas e nas comunidades constam: Programa de Prevenção do Uso de Drogas na Escola (Programa Educacional de Resistência às Drogas - PROERD); Programa de Prevenção na Comunidade; Comunicação e Campanhas Publicitárias;

Centros de Regionais de Referência (Brasil, 2012).

O eixo Autoridade articula Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e polícias estaduais, com foco voltado para a “cracolândia”. O objetivo proposto é o de unir esforços para a investigação e identificação de traficantes, bem como a desarticulação de organizações criminosas que atuam na região (Brasil, 2012).

1.2.2 Programa Recomeço – Âmbito Estadual, São Paulo

Com objetivo de reorganizar o “Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack”, entrou em vigor no município de São Paulo o Decreto de lei nº 61.674 em dezembro de 2015, que passou a denominar-se Programa Estadual de Políticas sobre Drogas – “Programa Recomeço: uma vida sem drogas,” decretado pelo Governador Geraldo Alckmin (São Paulo, 2015).

Trata-se de programa articulado ao “Crack, é possível vencer”.

O programa propõe a promoção, articulação e execução de ações nos seguintes eixos: prevenção; tratamento; reinserção social e recuperação; controle e requalificação das cenas de uso; acesso à Justiça e à Cidadania para os usuários de substâncias psicoativas, especialmente o crack (São Paulo, 2015).

O programa conta com equipamentos sociais para o enfrentamento do crack: CRATOD (Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas); unidade recomeço (moradia assistida e desintoxicação); tenda recomeço (container-consultório para o atendimento dos usuários de forma a garantir a permanência destes no tratamento); hospital Recomeço; recomeço Família (focado em oferecer orientação e apoio em como proceder e colaborar na recuperação e reinserção do dependente); oferece vagas para moradia em comunidades terapêuticas, casas de passagem, aulas e palestras para prevenção.[5]

O programa Recomeço é ainda apoiado por medidas de prevenção na escola, como: “PROERD” e o programa “Prevenção também se ensina”:

Baseado em programa americano, o Programa Educacional de Resistência às

[5] http://programarecomeco.sp.gov.br/ acesso em: 14/05/2018

Drogas e à Violência (PROERD) vem promovendo ações de prevenção, na perspectiva da repressão ao consumo de drogas, desde 1983, em parceria com a Polícia Militar, chegando a 19 Estados e DF. Programa voltado para crianças do 5º. ao 7º. ano do Ensino Fundamental.[6]

Criado em 1996 o programa "Prevenção também se ensina" é produto da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, implantado pela Fundação para o Desenvolvimento da Educação – FDE nas escolas da rede pública estadual de ensino com o apoio do Programa Estadual de DST/Aids da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo[7].

1.2.3 De Braços Abertos – Âmbito Municipal, São Paulo

No município de São Paulo, no governo do Prefeito Fernando Haddad, por meio do decreto de lei n.55.067/2014 entrou em vigor o programa de "De braços abertos", que teve início em 2014 e está articulado com o programa federal de combate ao crack, "Crack, é possível vencer" (São Paulo, 2014).

O programa concentra suas ações na "Cracolândia" - região central da Cidade de São Paulo, por ser um local onde ocorre o abuso de drogas, em especial do crack. O programa objetiva promover a reabilitação psicossocial de pessoas em situação de vulnerabilidade social e uso abusivo de substâncias psicoativas, por meio da promoção de direitos e de ações assistenciais, de saúde e de prevenção ao uso abusivo de drogas (São Paulo, 2014).

As diretrizes do programa são, (São Paulo, 2014):

> I – atenção à saúde e à reabilitação psicossocial, com políticas de redução de riscos e de danos, de prevenção do uso, de tratamento e de assistência social destinadas às pessoas em situação de uso abusivo de substâncias psicoativas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS;
>
> II – acesso a atividades ocupacionais e à renda, por meio da oferta de

[6] http://www4.policiamilitar.sp.gov.br/unidades/dpcdh/index.php/proerd-2/ acesso em:14/05/2018
[7] http://www.fde.sp.gov.br/PagePublic/Interna.aspx?codigoMenu=183 acesso em:14/05/2018

> oportunidades de ocupação e de qualificação profissional, nos termos da Lei nº 13.178, de 17 de setembro de 2001, alterada pela Lei nº 13.689, de 19 de dezembro de 2003, que instituiu o Programa Operação Trabalho;
>
> III – promoção de alimentação, hospedagem e capacitação;
>
> IV – estímulo permanente e oferta de condições para emancipação e autonomia dos beneficiários, por meio de qualificação profissional, intermediação de mão de obra, estímulo à economia solidária e direcionamento para outros programas;
>
> V – revitalização do espaço urbano e requalificação do espaço público para exercício da cidadania;
>
> VI – participação da sociedade civil;
>
> VII – capacitação dos atores envolvidos na implementação do Programa;
>
> VIII – disseminação de informações qualificadas relativas aos danos causados pelo uso do crack e de outras drogas;
>
> IX – fortalecimento, em articulação com os órgãos estaduais de segurança pública, das ações de inteligência para enfrentamento ao tráfico de drogas.

Este programa se mostrou inovador por ser configurado como um programa de “baixa exigência”, uma vez que não cobra abstinência do consumo de drogas e incentiva a minimização dos danos por apoiar políticas de Redução de Danos, oferecendo moradia, alimentação, trabalho e assistência social[8].

1.2.4 Crack Redenção – Âmbito Municipal, São Paulo

A nova gestão da prefeitura de São Paulo de 2017, tendo como Prefeito João Dória, em união com as secretarias do governo do estado e representantes da sociedade civil participaram da elaboração do projeto “Crack Redenção” [9].

Não existe nenhum decreto, lei ou portaria que regulamente este programa. Inicialmente a proposta era de complementação ao programa anterior, DBA, publicizado como principal objetivo “erradicar o tráfico de drogas” na região central de São Paulo.- “Cracolândia”[5]. As diretrizes que orientam o projeto são: saúde (medicinal); assistência social e cidadania; urbanismo e zeladoria; segurança púbica

[8] http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DBAAGO2015.pdf acesso em:14/05/2018
[9] http://www.capital.sp.gov.br/noticia/projeto-redencao-preve-acoes-para-erradicar-trafico-de-drogas-em-cracolandias acesso em:15/05/2018

e educação[10].

As ações programáticas na área da saúde contam com: transição dos usuários dos hotéis do Programa DBA para a nova dinâmica de atendimento; disponibilização de novos leitos de internação; disponibilização de novas vagas para desintoxicação; criação de rede de residências terapêuticas para dependentes químicos, dentre outras[6].

Além das ações na área da saúde, o programa também caminha com a proposta de revitalização do centro de São Paulo, com a intenção de requalificar espaços públicos e privados. Já na área de segurança, grande investimento vem sendo feito para a ampliação da rede de monitorização eletrônica e móvel com a instalação de câmeras de segurança, drones aéreos e viaturas da guarda civil metropolitana[6].

Pode-se verificar que as frequentes mudanças nas políticas e programas voltados à questão das drogas são reflexo de mudanças constantes no cenário político, marcado principalmente pela disputa de dois partidos políticos dominantes, Partido dos Trabalhadores (PT) e Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Estes por sua vez estão marcados pelo projeto de Estado neoliberal, ficando os grupos sociais das classes desprivilegiadas, e notadamente a população residente nos bolsões de pobreza, os mais prejudicados pelas inconstâncias dos quatro programas defendidos pelos dois partidos. Os programas ficam longe de diminuir o abismo da desigualdade e de, sequer, amenizar os prejuízos advindos do uso problemático de drogas. Esta questão será discutida no capítulo que se segue, ao ser apresentada a compreensão de Estado que fundamenta as políticas e os programas na área de drogas.

[10] http://www.capital.sp.gov.br/noticia/prefeitura-de-sp-divulga-principais-diretrizes-do-projeto-redencao acesso em:15/05/2018

2 Considerações Teóricas

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Neste capítulo, serão apresentados os marcos teóricos desta investigação, que auxiliarão na compreensão do objeto, trazendo-se as seguintes considerações

- Droga como mercadoria: para mostrar como as mudanças no sistema de acumulação e nos valores sociais propiciam que a droga seja uma mercadoria demandada pela sociedade, de maneira geral, podendo haver formas de consumo problemático;
- Estado e políticas públicas voltadas à redução de danos no Brasil: para problematizar as políticas que estão em evidência desde 2003, considerando suas fundamentações teóricas, bem como a finalidade das ações propostas;
- Redução de danos emancipatória: para explorar práticas inovadoras, pautadas no referencial crítico da saúde coletiva, que são construídas para proporcionar transformações políticas coletivas, para além das mudanças de comportamento individuais de usuários de drogas, contando com o auxílio de instrumentos emancipatórios.

2.1 DROGA COMO MERCADORIA

As definições de uso abusivo das drogas e as práticas proibicionistas são históricas e políticas, ou seja, respondem a disputas sociais. É bastante conhecido que o uso de substâncias psicoativas faz parte da história da humanidade, sendo usadas em muitas culturas, como parte da sociabilidade e como forma de fortalecimento.

> A primeira questão a se definir é a de que as drogas são necessidades humanas. Seu uso milenar em quase todas as culturas humanas corresponde a necessidades médicas, religiosas e gregárias. Não apenas o álcool, como quase todas as drogas são parte indispensável dos ritos da sociabilidade, da cura, da devoção, do consolo e do prazer. Por isso as drogas foram divinizadas em inúmeras sociedades (Carneiro, 2002, p.117).

Foi a partir da revolução industrial, com a consolidação do modo de produção capitalista, que se constituíram as formas mais contraditórias do processo de produção social. São as relações sociais capitalistas que ditam o consumo de drogas na atualidade e por isso não se pode compreender esse consumo sem

compreender as contradições que são inerentes à estrutura de classes e às dinâmicas sociais atuais (Soares, 2007).

Em tempos de revolução industrial, em 1844, Marx expressou em seu manuscrito “Trabalho alienado”, a contradição central do capitalismo, enfatizando a intensa exploração do trabalhador, com a consequente alienação.

> Na determinação de que o trabalhador se relaciona com o *produto de seu* trabalho como [com] um objeto *estranho* estão todas estas consequências. Com efeito, segundo este pressuposto está claro: quanto mais o trabalhador se desgasta trabalhando, tanto mais poderoso se torna o mundo objetivo, alheio que ele cria diante de si, tanto mais pobre se torna ele mesmo, seu mundo interior, [e] tanto menos [o trabalhador] pertence a si próprio. É do mesmo modo na religião. Quanto mais o homem põe em Deus, tanto menos ele retém em si mesmo. O trabalhador encerra a sua vida no objeto; mas agora ela não pertence mais a ele, mas sim ao objeto. Por conseguinte, quão maior esta atividade, tanto mais sem-objeto é o trabalhador. Ele não é o que é o produto do seu trabalho. Portanto, quanto maior este produto, tanto menos ele mesmo é. A *exteriorização* do trabalhador em seu produto tem o significado não somente de que seu trabalho se torna um objeto, uma existência *externa*, mas, bem além disso, [que se torna uma existência] que existe *fora dele*, independente dele e estranha a ele, tornando-se uma potência autônoma diante dele, que a vida que ele concedeu ao objeto se lhe defronta hostil e estranha (Marx, 2004, p.81).

Vive-se atualmente sob o regime de acumulação integral, o que é caracterizado pela reestruturação produtiva, bem como pela configuração neoliberal de Estado, legitimado por condições políticas e ideológicas. Como consequência desse regime de acumulação, observam-se muitas mudanças na vida social, ressaltando-se aquelas referentes à organização do trabalho, com vistas a aumentar a geração de lucro pela hiperexploração do trabalhador (Campos, Viana, Soares, 2015).

Tal forma de acumulação agudiza ainda mais as contradições estruturais do modo de produção, uma vez que a classe que mais trabalha, e que menos usufrui da matéria transformada pela força de seu trabalho, é ainda mais explorada. É no bojo destas contradições do capitalismo que a droga passa a ser considerada uma mercadoria altamente desejada. Assim, o consumo problemático de drogas deve ser analisado como consumo de mercadorias, que responde a necessidades postas pelas relações sociais capitalistas desde o início da revolução industrial, com a intensificação do comércio, modernização da vida, quando as populações rurais

foram para os grandes centros em busca de trabalho, formando um grande contingente populacional submisso a empregos desprotegidos, geradores de alienação e degradação social (Soares, 2007).

Em outras palavras, afirma-se neste marco teórico que, na sociedade moderna, o objeto droga toma a dimensão de um problema social. Por ser o trabalho explorado o elemento de sustentação do capitalismo, é necessário estabelecer a relação entre trabalho e reprodução social. A sociedade é dividida em classes sociais e frações de classe, cujos componentes trabalham e consequentemente consomem bens e serviços de maneiras distintas entre si, mas semelhante entre aqueles do mesmo grupo social. Em tese, a inserção do indivíduo na divisão social do trabalho determina seu pertencimento de classe e este pertencimento determina o modo de vida dos indivíduos. Ou seja, cada grupo social ocupa uma dada inserção no trabalho que gerará possibilidade financeira e social de reproduzir a vida à semelhança dos que compartilham a mesma classe, mas distintamente dos de outras classes sociais, pela desigualdade na inserção social do trabalho (Viana, Soares, Campos, 2013).

Em tempos atuais, no Brasil, como nos demais países de capitalismo subalterno, no regime de acumulação capitalista integral, a dicotomia explorador-explorado se agrava, sendo o explorado (trabalhador) a parte mais frágil desta relação, sujeito à fragmentação das condições de trabalho e vida: fragilização dos direitos trabalhistas (contratos temporários; procrastinação da aposentadoria, etc) e desestruturação de políticas sociais adquiridas ou em andamento (previdência social e SUS). Com o agravamento das condições de reprodução social da classe trabalhadora, há aumento de setores marginalizados (Soares, 2007; Campos, Viana, Soares, 2015). A perda de direitos provoca insegurança e medo e expõe o trabalhador à perda da dignidade humana (Soares, 2007; Soares, Campos, 2009)

Nesse contexto, a droga se constitui como mercadoria que responde ao mal estar da sociedade, e seu uso é mediado por valores também sociais. O consumo de drogas leva a diferentes desfechos que dependem dos recursos que os indivíduos dispõem para lidar com esta questão (Soares, 2007; Santos 2013). As políticas determinadas pelo Estado na área de drogas ilícitas, regidas pela Lei 11.343, de 2006, têm levado a encarceramento seletivo, ou seja, de jovens e

mulheres pobres, que se envolvem com o tráfico varejista, que são presos por portarem drogas para uso próprio, ou que são vítimas da truculência das forças policiais (Boiteux *et al.,* 2009).

Ainda que nem sempre o consumo de drogas seja acompanhado de desfechos negativos ou de desgastes, fazendo parte da sociabilidade atual, Soares e Campos (2009), em estudos com jovens de diferentes classes sociais, que se valem de construção teórica do campo da saúde coletiva, evidenciam a determinação social de diferentes contextos de uso e diferentes desfechos:

> Os dados mostram que as drogas utilizadas são certamente diferentes, assim como são diferentes a frequência e os contextos de uso entre os jovens estudantes. No entanto, é inegável que são diferentes os contextos para obtê-las e os desfechos relacionados ao consumo dessas drogas, a depender da classe social a que o indivíduo pertença - para as classes que usufruem amplamente dos bens que são socialmente produzidos, o consumo de maconha nos arredores da escola ou de álcool nas baladas pode ter um significado experimental e transitório. Para os mais marginalizados, o consumo de álcool barato e baixa qualidade nos bares periféricos, e de crack nos becos, pode resultar em brigas e em dependência. Já o envolvimento com as dívidas contraídas no tráfico é um implacável mecanismo de violência que quase sempre acaba em morte.

Sem dúvida, o consumo problemático de drogas e os desfechos que podem advir desse consumo estão determinados pelo mal estar global presente na vida social e pelos contextos de reprodução social que ditam as condições de trabalho e vida das diferentes classes sociais.

> O reconhecimento da droga como mercadoria implica a consideração dos seus efeitos-fetiche para além das propriedades psicoativas de alteração dos estados de consciência. Há que se reconhecer pelos critérios científicos da psicofarmacologia que essas substâncias desencadeiam determinados estados mentais que propiciam aos usuários múltiplas vivências de sensações prazerosas, de êxtase e de alívio de sofrimento mental em níveis diversos de intensidade. Isso talvez explique o interesse sempre presente na história da humanidade pelos psicoativos. (Santos, Soares, 2013, p.44).

Para Marx, “A mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa, a qual pelas suas propriedades satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. A natureza dessas necessidades, se elas se originam do estômago ou da fantasia, não altera nada na coisa” (Marx, 1985, p.45).

2.2 ESTADO E POLÍTICAS NA ÁREA DE DROGAS

As políticas públicas devem ser compreendidas a partir da totalidade das relações sociais. O Estado é o agente que implementa e regula estas ações, mediando suas contradições internas conforme os interesses gerais do capital e dos moldes de macroestrutura (Viana, 2006). Para Viana (2006) as políticas públicas são chamadas de "políticas estatais de assistência social" e imprimem as seguintes justificativas para sua existência:

> 1ª) a necessidade das empresas capitalistas de terem garantida a reprodução da força de trabalho; 2ª) a pressão da classe trabalhadora e outros grupos sociais no sentido de ter suas demandas atendidas pelas políticas estatais de assistência social; 3ª) a necessidade de amortecimento dos conflitos sociais para evitar uma crise de governabilidade ou então a transformação social (Viana, 2006, p.95-96).

Entende-se que, no Estado capitalista, os interesses das classes dominantes são prioritários, devendo o Estado munir-se de ferramentas e estratégias que amorteçam as lutas de classes, de modo a que o *status quo* seja preservado, favorecendo a reprodução das relações capitalistas (Viana, 2006).

Arruda (2014) problematiza um certo conjunto de políticas públicas no Brasil que chama de medidas paliativas, que se utilizando de programas sociais, imprimem resposta momentânea e superficial às aflições da população marginalizada, garantindo o alívio de tensões sociais. Dessa forma, se mostram medidas que servem aos interesses das classes privilegiadas, que demandam ações contra a criminalidade e pobreza. São ações que não promovem efetiva resolução dos problemas sociais da população marginalizada. Na mesma direção, análise das políticas hegemônicas de saúde na área de drogas mostra que, mesmo com certo avanço advindo da legislação referente à CAPSad e RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), os grupos sociais que vivem em áreas carentes continuam descobertos ou recebendo atenção inadequada (Dimenstein *et al.* 2018).

O reconhecimento da questão das drogas como problema social insere o consumo de drogas no campo das políticas estatais para "inibir, diminuir ou prevenir os fatores ditos causais". As políticas públicas são o aparato que legitimam o Estado, para implementar ações que incidem sobre um grupo determinado de indivíduos, no caso, o dos consumidores de drogas. É nesse sentido que, em análise das políticas públicas brasileiras de drogas, Nascimento (2006) identifica duas vertentes, ambas fundamentadas no princípio da punição: uma que se baseia no sistema judicial

punitivo brasileiro, que se concretiza por meio de prisões, aplicação de medidas de segurança ou transição penal; e outra, que se apoia na descriminalização, mas trata o usuário como doente, patologizando-o, com medidas de tratamento.

> (...)se por um lado o espelho da droga é a conduta do usuário de drogas, por outro lado, o tratamento é a vitrine da sociedade que se vê refletida nas preocupações do Estado, paladino da manutenção de bens jurídicos sociais como ordem, segurança e direitos à propriedade. A "eliminação" do usuário pode até permitir ao Estado a garantia desses bens. Todavia, ao agir assim, sociedade e Estado somente agravarão as resultantes da relação havida entre drogas e usuário (Nascimento, 2006, p.189).

No campo jurídico, Boiteux (2006) em análise da lei 11.343/2006, questiona se a nova lei seria tão inovadora quanto se propunha. Esta lei extinguiu a penalização por posse de entorpecentes para uso próprio, o que a princípio se mostrou positivo, por caminhar a favor da adoção de uma política criminal de drogas que se posicione pela legalização destas; porém, essa foi uma "cortina de fumaça" para encobrir o desproporcional aumento da pena mínima de delito de tráfico, de três para cinco anos, sem possibilidade de fiança, indultos ou liberdade provisória. A nova lei também não estabelece parâmetros precisos de diferenciação de uso próprio[11] para tráfico, o que acaba por intensificar o abismo existente entre a figura do usuário e a do traficante.

Moreira (2014), ao analisar as políticas brasileiras que sucederam a promulgação da lei nº 11.343/2006, que legitima o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, reafirma a orientação desta pela lógica da guerra às drogas com vistas à erradicação das drogas ilícitas na sociedade. O estudo denuncia a crescente violação dos direitos humanos em meio a um regime neoliberal que afasta cada vez mais a possibilidade de construção de práticas humanizadas e coerentes com a política de redução de danos.

A formulação de políticas de RD no Brasil não se dá de forma linear; emoldurada por ambivalências ora caminha para avanços e ora apresenta retrocessos (Andrade, 2011). No mesmo sentido, Teixeira *et al* (2017) afirmam que no âmbito da formulação das políticas públicas existe disputa entre os modelos que

[11] Lei 11.343/06. Art.28. Parágrafo 2º: Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

orientam estas práticas, sendo possível observar um avanço no posicionamento antiproibicionista que favorece o modelo de RD, porém é notada a presença de modelos focados na diminuição da demanda de substância, abstinência total da substância, internações compulsórias e culpabilização individual.

As políticas e programas que sucederam a lei de drogas estão na centralidade de constantes disputas políticas e econômicas que acabam por acentuar suas contradições, adotando estratégias dispostas a utilizar medidas repressivas e extremamente violentas para se alcançar o fim do uso e comércio de drogas ilícitas, com forte influência das políticas americanas proibicionistas, (Garofalo, Soares, Cordeiro, 2015).

Os consumidores de drogas ilícitas, em especial o crack, encontrados nos bolsões de pobreza de São Paulo, estão no centro destas políticas. Menezes (2016), em sua dissertação, aponta para a constante presença do Estado na cracolândia paulistana, que se intensificou com a implementação dos programas decorrentes da política de guerra ao crack, sob o discurso da saúde pública e do cuidado aos moradores da região. Porém, o que se revela é um Estado de repressão, munido de equipamentos de segurança e policiamento. Assim, o Estado abriga a real intencionalidade de suas manobras sob o subterfúgio do cuidado em saúde.

Esta intencionalidade fica mais evidente a começar pelo nome dado aos programas. Em se tratando do programa “Crack, é possível vencer”, Hart (2014) o questiona ao imprimir qualidades humanas ao Crack, remontando a ideologia de guerra às drogas, por caracterizar a droga como um “inimigo” a ser vencido. “Esta é uma afirmação ilógica que a sociedade e as pessoas que controlam a sociedade querem que você aceite de maneira acrítica”.

Esta mesma reflexão pode ser feita com os outros programas que seguem a lógica da “Guerra às drogas”, como o “Programa Redenção”, palavra que no dicionário Michaelis[12] significa: Ato de resgatar ou de libertar de qualquer forma de escravidão ou opressão; libertação, resgate, ou seja, o programa tem a pretensão de resgatar as pessoas do “grande mal” que é a droga. Veja-se que, novamente, a área da saúde está recortando a droga como objeto da ação, isoladamente das questões

[12] http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/reden%C3%A7%C3%A3o/
acesso em: 23/04

históricas e sociais que permeiam o uso e abuso de tais substâncias. As consequências da implementação do “Programa Redenção” ainda serão avaliadas pela história, mas de imediato observaram-se ações controlistas de saúde pública, tais como: duas violentas mega operações policiais na região da “cracolândia” em Maio de 2017, promovidas pelo governo estadual em união com o governo municipal envolvendo polícias militar e civil, na tentativa de promover internações, desapropriação de moradias, construção de novo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-Redenção), aumento do policiamento e do contingente de viaturas. Também se observam ações pró internações compulsórias, sob o discurso do cadastro voluntário (Estarque, 2017).

Já o programa “De braços abertos” mostrou-se inovador ao se aproximar, mesmo que parcialmente, da perspectiva de RD e por não exigir abstinência, oferecendo atendimento de saúde, moradia, alimentação e trabalho para os moradores da região da “Cracolândia” (Região Central de São Paulo), que fazem uso abusivo de crack, com objetivo de promover a reabilitação psicossocial desta população (São Paulo, 2014).

Garofalo, Soares, Cordeiro (2015), em avaliação deste projeto, classificaram-no como progressista, uma vez que não visa ao combate direto às drogas e, de certa maneira, não criminaliza o usuário, mas sim traz a proposta de proteção social e valorização da vida, ainda que de maneira muito restrita, pois apresenta limitações quanto à possibilidade de promover mudanças efetivas na vida dos indivíduos que são atendidos pelo programa.

Menezes (2016) ratifica tal preocupação ao afirmar que a RD pretendida no programa “De Braços Abertos” muito se assemelha às primeiras ações de RD no Brasil, ao recortar os sujeitos pelo risco individual ou vulnerabilidade, aproximando-se do discurso sanitarista, desvinculando-se do caráter político que a RD propõe.

O que a autora defende remete às primeiras políticas de DR no país, promovidas por sanitaristas que focalizavam suas práticas na prevenção ao HIV/AIDS, ou seja, o uso de drogas injetáveis era tratado com uma situação de risco que precisava ser remediada, muitas vezes apenas com a troca de seringas. Esta visão já foi há muito superada, consolidando conjunto de princípios e práticas pautados no protagonismo da população alvo (Andrade, 2011).

Em análise crítica de algumas ações previstas pelo plano crack, Andrade (2011) denuncia fragilidades estruturais, organizacionais e financeiras que impactam seu funcionamento e a assistência à população sujeita a estes programas, são elas: ausência de imóveis públicos adequados para o funcionamento das casas de acolhida; escassez de profissionais habilitados para o atendimento desta população; ausência de territorialidade para o funcionamento do CAPSad; dificuldade de contratação formal dos redutores de danos nos serviços de AB; escassez de recursos para a promoção de pontos de cultura; restrição ao uso de materiais para realização de oficinas, dentre outros. Dimenstein *et al.*(2018) adensam a crítica aos programas governamentais e, além das fragilidades expostas acima, também denunciam a falta de compromisso com os princípios do SUS; disputas de poder em âmbito municipal, o predomínio da dimensão técnica e operativa no trabalho e o aumento da concorrência do setor privado por recursos públicos, especialmente com a implementação de comunidades terapêuticas, mecanismos de atenção à saúde contrários ao movimento de redução de danos e que são financiados pelo Estado brasileiro.

Garofalo, Soares, Cordeiro (2015) denunciam o despreparo de equipes contratadas para desenvolver serviços de RD no programa DBA, evidenciando que não há familiaridade dos trabalhadores envolvidos com a finalidade do trabalho. Quando esta finalidade é questionada pelo referencial da multifatorialidade acaba por ficar obscurecida e objetiva-se exclusivamente a abstinência da droga e o desejo de boa convivência com a família, porém esta obstinação esbarra na dificuldade de mudança de comportamento destes usuários, sendo o insucesso desta ação gerador de grande aflição entre a equipe envolvida, levando à culpabilização do usuário (Cordeiro; Godoy; Soares 2014).

A tentativa de consolidação destes 04 programas ao longo dos últimos 10 anos mostra claramente a divisão política existente na região da “Cracolândia” - Centro de São Paulo, onde cada governante deixa sua marca com novas ações fadadas ao fracasso, sem dar qualquer continuidade nas práticas e políticas dos governos anteriores, promovendo gastos do dinheiro público e desrespeito à vida das pessoas sujeitas a estas políticas. O insucesso de tais políticas, ao contrário da pretensão de resgatar a cidadania dos sujeitos, cumpre tarefa de intensificar a marginalidade para esta população, escancarando um cenário de desproteção social

(Arruda, 2014).

Por fim, nota-se que tais estratégias e políticas permanecem sobre a égide do modo de produção capitalista, fazendo com que nenhuma mudança na estrutura social seja feita. Desta forma os usuários continuam a ocupar a mesma posição social que antes e continuam a depender dos benefícios oferecidos pelo governo; mostrando-se uma política assistencialista que não promove mudanças na cadeia de reprodução social. Em outras palavras, o Estado oferece o mínimo apenas para a manutenção da pobreza.

2.3 REDUÇÃO DE DANOS EMANCIPATÓRIA (RDE)

Existem múltiplas abordagens na área da RD voltadas à questão das drogas, bem como múltiplos referenciais que orientam essas práticas. Para melhor compreensão, parte-se de revisão bibliográfica (Canoletti, Soares, 2005) que objetivou levantar e analisar os trabalhos que abordam a temática 'prevenção ao consumo de drogas', publicados no Brasil no período de 1991 a 2001. Muitos foram os estudos que se aproximaram de uma abordagem da RD, por trazerem práticas que se distanciavam, em certa medida, da vertente da GD, mas que ainda não assumiam o caráter político da RD e não iam muito além de transmitir orientações. Sob forte influência da epidemia de Aids, as práticas de RD analisadas remetiam à década de 90, e centravam seus esforços em barrar a transmissão da doença, associando quase que naturalmente a transmissão desta doença com o uso das drogas. Outro dado importante levantado pelo estudo foi a escassez de publicações que fossem além da orientação, que se preocupassem em desenvolver projetos nesta área a serem implementados. Identificou-se anda que mais da metade dos estudos eram destinados à formação de agentes de prevenção e multiplicadores, o que suscitou críticas, já que esses agentes nem sempre são verdadeiramente preparados para assumir essas tarefas.

Santos, Soares e Campos (2010), em revisão das concepções que orientam as diferentes práticas de RD no Brasil, no período de 1994 a 2006, identificaram e categorizaram os trabalhos a partir da unidade objeto-sujeito. O objeto era compreendido como aquilo que se pretende transformar e o sujeito como aquele para quem as ações são direcionadas. O estudo mostrou a existência de várias RDs, uma vez que existem diversas concepções que orientam as práticas de RD,

levando a unidade objeto-sujeito a tomar várias formas: dependência-dependente; doenças transmissíveis-usuários de droga das populações marginalizadas e excluídas; consumo-usuário de drogas; modo de viver de uma dada "comunidade"; riscos sociais e a população em geral; produção-comércio-consumo de psicoativos e a classe social. Por meio da identificação da unidade objeto/sujeito é possível se aproximar das bases teóricas, bem como da finalidade das ações que ora pendem para a GD e ora para a RD.

Santos, Soares e Campos (2012) afirmam ter havido algum avanço nas questões éticas e teóricas, em países de capitalismo periférico, podendo-se vislumbrar práticas e políticas públicas que vão além do tratamento para dependência.

Castro (2018), em recente revisão da literatura na área, reitera a existência de múltiplos referenciais que orientam a RD, mostrando as conexões da RD com teorias pós-modernas, bem como com o ecletismo teórico. A autora ressalta também a existência de práticas que não deixam claro, sob quais bases teóricas foram concebidas. Com tamanha diversidade, mesmo podendo ser classificadas como progressistas, já que negam a repressão imposta pela política de GD, estas práticas de saúde não têm conseguido avançar suficientemente para alvejar os problemas que estão na base da produção, distribuição e consumo de drogas na sociedade capitalista

Neste sentido o referencial do materialismo histórico e dialético se mostra potente para ser referência de uma RD que supere o pragmatismo existente na área das drogas (Castro, 2018).

Coerentemente ao referencial teórico marxista apresentado na primeira parte deste capítulo, que concebe o fenômeno da droga como questão social, várias produções do grupo de pesquisa **Fortalecimento e desgaste no trabalho e na vida: bases para a intervenção em saúde coletiva**, a que este projeto se filia, vêm aperfeiçoando a definição de Redução de Danos Emancipatória (Santos, 2008; Santos, Soares, Campos, 2010; Cordeiro, Godoy, Soares, 2014; Cordeiro *et al.,* 2016; Paixão *et al.,* 2018).

Neste arcabouço teórico, assume-se que as pessoas em geral pertencem a

grupos sociais, que são regidos por um sistema de produção capitalista que imprime desiguais possibilidades de reprodução social. Partindo das contradições sociais oriundas deste modo de produção a droga se materializa como mercadoria e seu abuso pode gerar desfechos positivos ou prejudiciais a depender das possibilidades de reprodução da vida (Soares, 2007). As práticas emancipatórias de RD são aquelas que promovem processo de crítica à realidade da população que consome drogas de forma abusiva e sua totalidade social relacionando-as com os prejuízos à saúde, decorrentes deste abuso de substâncias, de forma a orientar práticas solidárias e humanizadas (Cordeiro, Godoy, Soares, 2014).

Para a implementação de ações de Redução de Danos, nesta vertente, a educação mostra-se um recurso fundamental, propondo abordagens pautadas em práticas menos instrumentais e mais emancipatórias, visando à compreensão estrutural do sistema de produção, distribuição e consumo de substâncias psicoativas, (Santos, Soares, Campos, 2010).

Em se tratando de educação em saúde, na temática do consumo de drogas, a saúde coletiva utiliza um potente instrumento - a educação emancipatória - que busca o fortalecimento dos profissionais de saúde, dos moradores de regiões periféricas e suas famílias. Com base na concepção freireana de educação popular, cuja base é a de promover a participação do educando no processo educativo, em união e co-participação com o educador, de modo que sejam desenvolvidas ferramentas capazes de ajudá-lo a fazer a releitura do mundo em que está inserido, entende-se como imprescindível considerar a estrutura social, política e histórica, a fim de que neste processo, refletindo sobre a realidade de que faz parte, se torne um sujeito questionador deste mundo e possa ser agente de mudanças, pois quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses e procurar solução. Com isto, a educação em saúde - na área da saúde coletiva - considera as experiências e o conhecimento da população, a fim de fazer a problematização do seu processo de saúde-doença para se chegar ao objeto a ser modificado (Stotz, David, 2013).

Compreendendo o consumo prejudicial de drogas como fenômeno social, que media a relação saúde-doença, defende-se que as práticas sejam construídas considerando-se a cadeia de determinação social, moldada pela estrutura da

sociedade e pelo momento histórico e político (Soares, 2007). Sendo assim, a APS por meio da ESF, para fazer valer o caráter integral de atenção à saúde do consumidor que está fazendo uso prejudicial de drogas, deve propor abordagens que incidam sobre os determinantes sociais que cercam o problema.

Desta forma, para se buscar uma visão mais crítica a partir do referencial da saúde coletiva, as diferentes classes sociais são postas como sujeito da RD, vertente que projeta o uso abusivo de substâncias de forma mais global, sujeitado a um sistema complexo de produção que tem dinâmica e estrutura definidas. Nesta análise ressalta-se o uso de saberes críticos, interdisciplinares com forte influência da educação emancipatória e métodos participativos que permitem a transformação da realidade social e afirma-se que o uso de drogas é histórico e processual. (Santos, Soares, Campos, 2010). Crê-se na importância da participação do jovem, familiares, trabalhadores que lidam com a temática e o próprio usuário de drogas no papel de multiplicador das políticas de RD, oferecendo protagonismo a este sujeito social (Canoletti, Soares, 2005). Utilizando-se desta perspectiva, é possível compreender as raízes das desigualdades sociais de forma a que atos políticos possam ser direcionados, a fim de que mudanças globais sejam alcançadas (Santos, Soares, Campos, 2010).

Visando sanar estas questões, a compreensão do processo saúde-doença como socialmente determinado, baseando-se na redução de danos emancipatória e a intersetorialidade, mostra-se potente para a prática do trabalho crítico e produtivo que amplia a potencialidade humana e norteia as práticas dos trabalhadores. (Cordeiro; Godoy; Soares 2014). Neste referencial, existe esforço de pesquisadores em elaborar ferramentas críticas e inovadoras para se trabalhar a Redução de Danos Emancipatória[13,14].

Conclui-se que, entender o fenômeno das drogas é complexo e envolve a compreensão da estrutura e das dinâmicas do modo de produção capitalista e a promoção da análise das políticas e outras respostas sociais de forma crítica,

[13]Caderno de Educação para ampliar a crítica sobre o consumo de drogas: como trabalhar com jovens. Material construído a partir de pesquisa-ação realizada na Escola de Enfermagem da USP, resultado do Mestrado Profissional de Iara Paixão. Disponível em: http://fortalecimentoedesgaste.com.br/wp-content/uploads/2017/01/Cadereno-educa%C3%A7%C3%A3o-trabalhar-com-jovens.pdf

[14]Álcool e outras drogas: um milhão de ações. Material construído a partir de pesquisa-ação realizada em Sapopemba. Disponível em: http://www.ee.usp.br/departamento/ens/nace/dir/manual-preview.pdf

relacionando os diferentes contextos histórico e social. Tendo por base o referencial teórico do materialismo histórico e dialético, bem como o da saúde coletiva - que se fortalece com a Teoria Histórico-crítica da Educação - a Redução de Danos supera-se como movimento político que busca respostas para as contradições que estão no bojo do fenômeno da droga, tendo como potente ferramenta a educação emancipatória.

3 Pressuposto, objetivos e finalidade

3 PRESSUPOSTO, OBJETIVOS E FINALIDADE

3.1 PRESSUPOSTO

Parte-se do pressuposto de que a articulação entre conhecimento científico e experiência nos serviços de APS constitui situação potencial para analisar práticas baseadas em evidências e contribuir para a elaboração de práticas contextualizadas à realidade das grandes metrópoles brasileiras, passíveis de recomendação para todos os trabalhadores da APS.

3.2 OBJETIVO GERAL

Recomendar diretrizes e estratégias para a construção de práticas emancipatórias, a serem implementadas na APS, relativas ao consumo problemático de drogas, fundamentadas em evidências científicas.

3.2.1 Objetivos específicos

- Sintetizar a literatura sobre práticas na APS, voltadas aos usuários de drogas;
- Problematizar as políticas públicas e as práticas existentes voltadas a usuários de drogas;
- Instrumentalizar trabalhadores da saúde para implementação de práticas emancipatórias.

3.3 FINALIDADE

Este estudo tem como finalidade contribuir para a implementação de práticas e políticas na APS voltadas para o consumo de drogas.

4 Procedimentos Metodológicos

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

O presente trabalho é parte integrante de uma pesquisa mais ampla desenvolvida pelo Grupo de pesquisa Fortalecimento e desgaste no trabalho e na vida: bases para a intervenção em saúde coletiva, da EEUSP, intitulado “Implementação de ações de cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no âmbito da atenção primária à saúde: identificação de formas de superação de barreiras diagnosticadas” Este projeto está sendo realizado em três etapas: 1) Revisões da literatura para síntese de evidências; 2) Pesquisa-ação para a implementação das evidências recomendadas na revisão e 3) Construção de materiais educativos, com a participação de gestores da APS.

Este subprojeto de mestrado participou da realização da síntese de evidências e da pesquisa-ação para elaboração de práticas que visam à emancipação e fortalecimento dos envolvidos, construídas com base nas evidências levantadas pela primeira fase.

A pesquisa toma por referencial o Materialismo Histórico e Dialético (MHD). Viana (2007), em interpretação de textos de Karl Marx pontua a importância das formas de regularização das relações sociais, que conservam e reproduzem as relações dominantes de produção, o que por sua vez reproduz as contradições de classes existentes no modo de produção capitalista. Este processo é dialético, pois, os elementos das formas de regularização não são fixos, e sim dinâmicos, assim sendo, se caracteriza em movimento gerador de constantes desigualdades sociais. Desigualdades que levam às lutas de classes, objetivando enfraquecer a supremacia da classe dominante.

Como instrumento metodológico, seguiram-se, nesta pesquisa, os princípios da pesquisa-ação (PA), classificada como uma metodologia participativa que tem sido extensivamente utilizada em pesquisa de implementação (Cordeiro, Soares, 2016).

Cordeiro (2016) identificou a predominância de quatro princípios norteadores da PA: 1) participação – considera a existência de diferentes níveis de participação; 2) processo de ciclo reflexivo realizado em forma de espiral - constante processo de

aprendizagem que busca a implicação dos participantes da ação; 3) produção de conhecimento; e 4) transformação de práticas. Estes dois últimos estão em relação dialética, propiciando mudanças nas duas esferas, as do conhecimento e da prática. Entende-se que para uma prática ser considerada PA, deve ter base nestes quatro princípios.

O mesmo estudo buscou identificar a tradição histórica da PA, identificando que nos países do Sul, em especial os de capitalismo periférico, a tradição é fortemente influenciada por crises estruturais e possui forte cunho político, com a finalidade de transformação social, no sentido de defender grupo oprimidos, com a pretensão de se alcançarem as raízes dos problemas e promover mais do que mudanças instrumentais, mudanças estruturais. Para atingir tal finalidade, este tipo de PA conta com a participação efetiva dos envolvidos (Cordeiro, 2016).

Essa tendência está na base deste projeto de implementação, que considera muito importante a participação dos trabalhadores envolvidos, pois estes trazem para o espaço das atividades da PA o conhecimento da realidade em que atuam e podem criticá-la de maneira substancial, assim como podem equacionar as dificuldades e potencialidades de colocar as evidências na prática.

Soares, Cordeiro, Campos (2013) consideram que a PA é uma proposta metodológica importante para a enfermagem. Fundamentada no MHD, base teórica da saúde coletiva, Cordeiro (2016) propõe a Pesquisa-ação-emancipatória (PAE) para desenvolver conhecimento crítico e buscar transformações sociais, por meio do questionamento das contradições sociais.

Dessa forma, esta investigação baseou-se na PAE.

Para compreender as práticas que estão sendo implementadas no mundo todo no âmbito da atenção primária à saúde, realizou-se a revisão da literatura. Os procedimentos metodológicos da revisão serão apresentados no capítulo 5, que apresentará a revisão, opção feita por considerar que, dessa forma, os resultados da revisão ficariam mais próximos das etapas feitas para seleção dos estudos e síntese dos achados.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para que as propostas de implementação sejam efetivas, aquelas pessoas que as colocarão em prática devem participar do processo, visto que já têm conhecimento acumulado pela experiência construída nos serviços, podendo ser articulada ao conhecimento científico (Loewenson et al, 2014).

Os participantes da pesquisa são profissionais da APS, dentre os quais enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentistas e assistentes sociais. Cerca da metade deles atua como gestor de UBS tradicionais ou ESF. Estes profissionais atuam para além das ações assistenciais, realizando também tarefas de gestão e/ou organização da UBS bem como desenvolvendo atividades educativas com colegas de trabalho e/ou com a população da sua área de abrangência. Estes profissionais são da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste, composta pelas seguintes Supervisões Técnicas: Mooca/ Aricanduva/ Formosa/ Carrão; Ipiranga; Penha; Vila Mariana/; Vila Prudente/ Sapopemba. Os participantes da pesquisa, trabalhadores da APS, estão relacionados no Quadro 04, sendo denominados de P1 a P17. Os participantes que eram pesquisadores, exercendo atividades na universidade e externos à APS, foram denominadas de PQ1 a PQ5.

Quadro 01 - Identificação dos participantes da pesquisa

Participante	Sexo	Área de formação	Principal atividade profissional
P1	F	Psicóloga	Gerente UBS – Tradicional
P2	M	Psicólogo	Psicólogo Consultório de Rua
P3	M	Psicólogo	Psicólogo Consultório de Rua
P4	F	Enfermeira	Enfermeira ESF
P5	F	Terapeuta Ocupacional	Terapeuta Ocupacional NASF
P6	M	Dentista	Gerente UBS – ESF
P7	F	Enfermeira	Enfermeira ESF
P8	F	Enfermeira	Gerente UBS – ESF
P9	F	Enfermeira	Gerente UBS – ESF
P10	F	Terapeuta Ocupacional	Terapeuta Ocupacional NASF
P11	F	Enfermeira	Gerente UBS – ESP
P12	F	Enfermeira	Enfermeira ESF
P13	F	Enfermeira	Enfermeira ESF
P14	F	Assistente social	Assistente social UBS
P15	F	Enfermeira	Enfermeira UBS – ESP
P16	F	Enfermeira	Enfermeira UBS – ESP

P17	F	Enfermeira	Enfermeira UBS – ESP
PQ1	F	Enfermeira	Mestranda – USP
PQ2	F	Enfermeira	Mestranda – USP
PQ3	F	Enfermeira	Docente – USP
PQ4	F	Enfermeira	Docente – USP
PQ5	F	Enfermeira	Doutoranda

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

4.3.1 Autorização da Coordenadoria de Saúde Sudeste da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo

O projeto foi autorizado pela Coordenadoria de Saúde Sudeste e as tratativas já foram feitas, com marcação das datas para as oficinas (Anexo 01). A Coordenadoria deu apoio também oferecendo o local para as oficinas, que foram desenvolvidas na coordenadoria de saúde, da região Sudeste da cidade de São Paulo.

4.3.2 Comitê de Ética em Pesquisa

Houve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, instituição proponente, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Município de São Paulo, instituição parceira (Anexo 02). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que estipula o direito à confiabilidade e a desistir do processo se assim desejarem. Os participantes foram esclarecidos quanto à diretriz de modo a evitar que as discussões eventualmente gerem algum constrangimento e que, caso isso ocorra, procurar-se-á proceder a encaminhamentos acordados entre pesquisadores e participantes para garantir conforto e tranquilidade no processo. O referido termo encontra-se no Apêndice 02.

5 Revisão da Literatura

5 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta etapa do estudo pretende-se sintetizar as práticas na APS que fazem a crítica à GD. Realizou-se revisão integrativa (RI) da literatura para responder à seguinte pergunta: Quais as características dos programas e práticas críticos à GD voltados à educação e /ou prevenção de drogas no âmbito da APS?

A RI é realizada mediante diretrizes que garantem o rigor metodológico das etapas, sendo amplamente utilizada para sustentar práticas baseadas em evidências na área da saúde, pois permite ir além da síntese integrada dos resultados, auxiliando no desenvolvimento de práticas inovadoras (Soares *et al.,* 2014).

Esta RI foi realizada em 05 etapas (Soares *et al.,* 2014):

1) Formulação da pergunta e objetivos da revisão;

2) Descrição da metodologia da revisão:

2.1) Estabelecer critérios de inclusão e exclusão;
2.2) Definir a estratégia e equação de busca em bases de dados;
2.3) Detalhar o processo de busca e seleção dos estudos.

3) Análise e interpretação dos dados provenientes dos estudos primários:

3.1) Definição das informações a serem extraídas dos estudos primários;
3.2) Descrição do processo de análise e síntese.

4) Apresentação dos resultados:

4.1) Descrição das características dos artigos incluídos;
4.2) Apresentação de tabelas com dados bibliométricos dos estudos.

5) Interpretação dos resultados com base no referencial teórico crítico.

A busca foi realizada no período de Fevereiro à Março de 2018, sendo utilizadas 02 bases de dados: **MEDLINE** e **LILACS**, acessadas pelo portal BVS Saúde Pública. A equação de busca utilizada para busca de estudos nas duas bases foi:

((“redução do dano” OR “harm reduction” OR “reducción del daño”) OR (prevenção OR prevention OR prevención) OR (educação OR education OR educación)) AND (("drogas Ilícitas" OR "street drugs" OR "drogas ilícitas") OR (“bebidas alcoólicas” OR “alcoholic beverages” OR “bebidas alcohólicas”)) AND ((“saúde coletiva” OR “saúde pública” OR “public health” OR “salud pública”) OR (“atenção básica à saúde” OR “atenção primária à saúde” OR “primary health care” OR “atención primaria de salud”) OR ("community health services" OR "assistencia a saude comunitaria") OR (“health maintenance organizations”) OR (“medicina de familia e comunidade” OR “family practice”)) AND NOT (disease OR (hiv OR “acquired immunodeficiency syndrome” OR aids))

Os artigos encontrados foram exportados para ferramenta online de regulação de dados bibliográficos e citações.

Os critérios de inclusão foram: estudos primários ou de revisão que descrevessem, analisassem e/ou propusessem intervenções voltadas a usuários de drogas no contexto da APS e/ou áreas relacionadas. Não houve restrição temporal. Foram incluídos trabalhos publicados em português, inglês ou espanhol.

Não foram incluídos artigos sobre práticas: de controle de doenças transmissíveis (HIV, Hepatite C, entre outras), relacionadas à atenção a problemas psiquiátricos, clínicas, com objetivo de tratamento ao abuso de drogas; de reposição de insumos em geral; voltadas para populações particulares, como pessoas em situação de cárcere e gestantes e estudos de custo-benefício ou custo-eficácia. Também não foram incluídos artigos que se filiam à abordagem da GD, uma vez que a pergunta de revisão se relaciona às intervenções críticas à GD.

Os resultados foram apreciados de acordo com: ano de publicação do estudo; país de origem do estudo; objetivo do artigo; método utilizado; sujeitos para os quais a intervenção se dirige; e os resultados (quais práticas foram recomendadas; se a ação empregada teve resultados positivos).

5.1 RESULTADOS DA REVISÃO DA LITERATURA

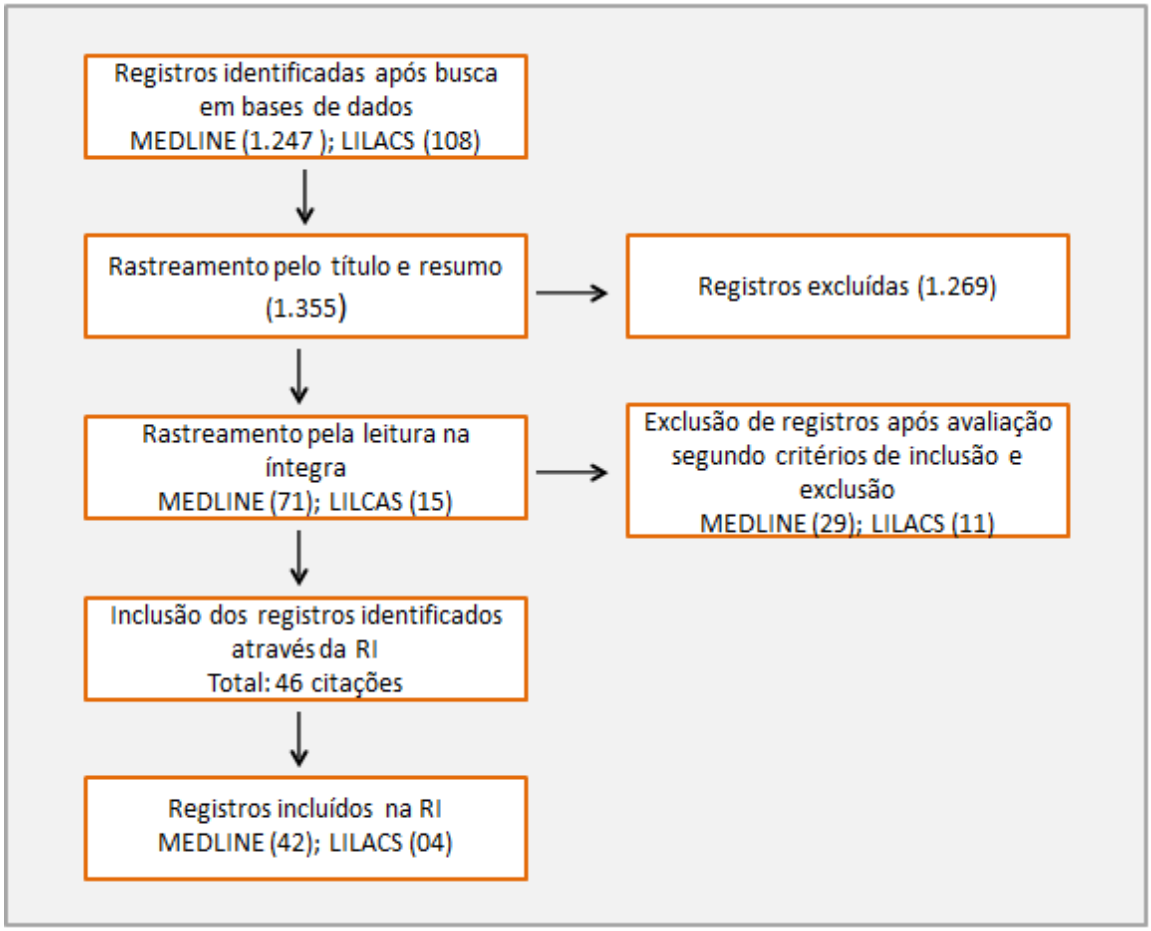
Na base de dados **MEDLINE**, utilizando a estratégia de busca já descrita, selecionando pelos 03 idiomas escolhidos, filtrando por ***artigos*** e ***revisão*** foram levantados, 1.247 trabalhos. Após leitura de título e resumo, conforme critérios de

inclusão e exclusão obteve-se o número final de 71 estudos, que foram lidos na íntegra, sendo que 42 foram selecionados para revisão, conforme se pode acompanhar na Figura 1.

Na base **LILACS**, utilizando a mesma estratégia de busca e os mesmos filtros, foi possível recuperar 108 estudos. Após primeira seleção por título e resumo, conforme os critérios de inclusão e exclusão chegou-se ao total de 15 trabalhos, que foram lidos na íntegra. Desses, 04 foram selecionados para a RI de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Após leitura na íntegra, os dados bibliométricos de cada artigo foram sumarizados e expostos no Quadro 02 e 03.

Figura 01 - Fluxograma PRISMA da seleção dos artigos para a revisão integrativa.



Moher D et al. (2009).

Foram identificados os seguintes países de origem dos 46 estudos da RI: EUA (19); Brasil (06); Austrália (05); Espanha (04); Inglaterra e Reino Unido (04); Canadá (03); Dinamarca (01); Portugal (01); Finlândia (01); Suíça (01); Holanda (01). Os anos de publicação vão de 1993 a 2016.

Quadro 02 – Dados bibliométricos dos estudos incluídos na revisão. 2018 - MEDLINE.

AUTOR	ANO	PAÍS	TÍTULO	DELINEAMENTO DO ESTUDO	OBJETIVO
Amaral, Ronzani, Souza-Formigoni	2010	Brasil	Process evaluation of the implementation of a screening and brief intervention program for alcohol risk in primary health care: An experience in Brazil	Pesquisa avaliativa do processo de pesquisa-ação	Avaliar o processo de implementação de um programa de SBI (Screening and brief intervention) para o uso de risco de álcool e avaliar os fatores que facilitaram ou impediram essa implementação.
Anderson,	1993	Reino Unido	Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption	Revisão de estudos de efetividade	Avaliar eficácia das intervenções realizadas por médicos de clínica geral para indivíduos com consumo nocivo de álcool.
Ballesteros et al.	2004	Espanha	Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses	Revisão Sistemática e meta-análise	Avaliar a eficácias das IBs quando aplicadas em ambientes de atenção primária
Beich et al.	2007	Dinamarca	Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice--a pragmatic controlled trial	Ensaio controlado randomizado pragmático	Avaliar a eficácia das recomendações da OMS para triagem e intervenção breve (SBI) na clínica geral.
Bertholet et al.	2005	Suíça	Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis	Revisão sistemática	Avaliou a eficácia de intervenções breves com álcool destinadas a reduzir o uso prolongado de álcool e os danos relacionados em indivíduos que frequentam unidades de atenção primária
Bryant et al.	2007	EUA	Community-based prevention marketing: organizing a community for health behavior intervention	Pesquisa participativa: baseada na comunidade	Descreve a aplicação e o aprimoramento do marketing de prevenção baseado na comunidade (CBPM)
Chun, Linakis	2012	EUA	Interventions for adolescent alcohol use	Revisão da literatura	Rever a literatura atual sobre prevenção de álcool em adolescentes e estratégias de intervenção
Córdoba et al.	1998	Espanha	Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study	Ensaio controlado randomizado	Comparar a eficácia de uma intervenção breve versus um simples aconselhamento na prevenção do uso prejudicial de álcool
Curry et al.	2003	EUA	A randomized trial of a brief primary-care-based intervention for reducing at-risk drinking practices	Ensaio randomizado	Avaliou se uma intervenção reduziu o consumo de álcool de risco em uma amostra de 307 pacientes.
Elzerbi, Donoghue,	2015	Reino Unido	A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and	Revisão sistemática e meta-análise de ensaio	Determinar a eficácia geral do BI aos 6 e 12 meses de acompanhamento nos estudos de atenção primária à saúde (APS) e

Drummond			harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	controlado randomizado	departamento de emergência (DE); examinar se a variação no resultado do estudo pode ser explicada pela região geográfica na qual os ensaios foram realizados.
Fernández García et al.	2003	Espanha	Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria	Estudo quase experimental multicêntrico: avaliação pré e pós	Verificar a eficácia do aconselhamento médico antialcoólico dado em consultas de atenção primária
Fernández San Martín et al.	1997	Espanha	Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores	Estudo de intervenção controlado, randomizado	Avaliar a eficácia do aconselhamento médico para reduzir o consumo de álcool em homens que bebem excessivamente.
Fink et al.	2005	EUA	An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol	Estudo comparativo prospectivo	Avaliar se o fornecimento atendimento médicos e práticas educativas específicas para pacientes idosos com relatos de consumo de álcool de risco reduz os riscos e problemas relacionados.
Giesbrecht, Ferris	1993	EUA	Community-based research initiatives in prevention	Revisão da literatura	Avaliar as dificuldades e recompensas das pesquisas baseadas na comunidade, e as oportunidades únicas destes projetos para orientar políticas voltadas à problemas na comunidade
Giesbrecht, Haydon	2006	Canadá	Community-based interventions and alcohol, tobacco and other drugs: foci, outcomes and implications	Revisão da literatura	Examinar quatro tópicos: opções disponíveis para a comunidade local, evidências de eficácia, ligações entre as experiências locais e as iniciativas regionais e implicações para futuras pesquisas e intervenções.
Guth et al.	2008	EUA	Brief intervention in alcohol-dependent versus nondependent individuals	Estudo controlado randomizado	Examinar se um diagnóstico de dependência de álcool, de acordo aos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quarta Edição, previu a eficácia diferencial de uma breve intervenção (BI).
Hawkins et al.	2014	EUA	Youth problem behaviors 8 years after implementing the communities that care prevention system: a community-randomized trial	Ensaio randomizado na comunidade.	Testar se o sistema de prevenção de Comunidades que se preocupam (CTC) reduziu o comportamento de risco problemático de adolescente em toda a comunidade 8 anos após a implementação do CTC.
Israel et al.	1996	Canadá	Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team	Estudo controlado randomizado	Verificar a eficiência e a aceitabilidade de um método de rastreio para a identificação de bebedores problemáticos e a efetividade de aconselhamento dado por uma enfermeira em um contexto de estilo de vida.
Kaner,	2010	Inglaterra	NICE work if you can get it: Development	Apresentação de guia de	Descrever o desenvolvimento do primeiro conjunto de orientações

			of national guidance incorporating screening and brief intervention to prevent hazardous and harmful drinking in England	práticas	nacionais voltadas para a prevenção de problemas relacionados ao álcool na Inglaterra
Kuerbis et al.	2015	EUA	Testing the initial efficacy of a mailed screening and brief feedback intervention to reduce at-risk drinking in middle-aged and older adults: the comorbidity alcohol risk evaluation study	Estudo controlado randomizado	Determinar a eficácia inicial de uma triagem enviada pelo correio e uma breve intervenção para reduzir o consumo de álcool entre pessoas com 50 anos ou mais.
Kypri et al.	2008	Austrália	Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care	Estudo controlado randomizado	Avaliar eficácia de má intervenção motivacional baseada na WEB
Lee et al.	2009	EUA	Harm reduction among at-risk elderly drinkers: a site-specific analysis from the multi-site Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly (PRISM-E) study	Estudo randomizado multi-site	Avaliar a eficácia de uma intervenção baseada na redução de danos para melhorar o acesso ao tratamento e os resultados clínicos entre os idosos com consumo de risco.
McIntosh et al.	1997	Canadá	Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice	Estudo randomizado	Comparar os efeitos de três breves métodos de redução do consumo de álcool na prática familiar.
Midford,	2010	Austrália	Drug prevention programmes for young people: where have we been and where should we be going?	Revisão da literatura	Criar uma melhor compreensão dos elementos que maximizam a eficácia dos programas de prevenção, o que pode ser alcançado pelos programas e como podem ser melhorado.
Millstein, Marcell	2003	EUA	Screening and counseling for adolescent alcohol use among primary care physicians in the United States	Estudo controlado randomizado	Examinar a prevalência e a qualidade dos serviços de prevenção do álcool oferecidos a adolescentes nos Estados Unidos.
Mitchell , et al.	2013	EUA	SBIRT for adolescent drug and alcohol use: current status and future directions	Revisão da literatura	Avaliar a eficácia da IB em adolescentes que estão em risco de desenvolver transtornos por uso de substâncias.
Moore et al.	2011	EUA	Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial	Estudo controlado randomizado	Examinar se uma intervenção multifacetada entre os pacientes idosos de cuidados primários reduziu o consumo de álcool e consumo de risco em 3 e 12 meses.
Moretti-Pires, Corradi-Webste	2011	Brasil	Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico	Estudo qualitativo: avaliação de processo de implementação	Avaliar o processo de implementação de estratégias de rastreamento e intervenções breves para o uso problemático de álcool (UPA), na atenção primária, do município de Coari, Amazonas.
Nair et al.	2015	Austrália	A Systematic Review of Digital and Computer-Based Alcohol Intervention	Revisão sistemática	Verificar se intervenções baseadas em computadores podem ajudar a superar as barreiras de implementação na Atenção Primária - falta

			Programs in Primary Care		de tempo, treinamento e recursos, e possíveis danos ao relacionamento.
Nilsen et al.	2006	Finlândia	Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. A systematic review	Revisão sistemática	Revisar sistematicamente a literatura disponível sobre a implementação de intervenções breves com álcool em cuidados de saúde, a fim de determinar a eficácia dos esforços de implementação pela saúde.
Ockene et al.	1999	EUA	Brief physician- and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinkers: does it work?	Estudo controlado randomizado	Determinar se uma breve intervenção de aconselhamento ministrada tanto pelo médico quanto pela enfermagem é eficaz como parte dos cuidados primários de rotina na redução do consumo de álcool por bebedores de alto risco
Oslin et al.	2006	EUA	PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral in managing at-risk alcohol use	Ensaio clínico randomizado	Determinar a eficácia relativa de dois modelos diferentes de cuidados para reduzir o uso de risco de álcool em pacientes de cuidados primários com 65 anos ou mais
Reiff-Hekking et al.	2005	EUA	Brief physician and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinking. Results at 12-month follow-up	Ensaio clínico controlado	Determinar os efeitos de uma breve intervenção de aconselhamento prestada pelo prestador de cuidados primários a redução do consumo de álcool por bebedores de alto risco.
Ribeiro,	2011	Portugal	A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool: detecção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários	Estudo controlado randomizado	Avaliar a efetividade das intervenções breves na intervenção junto dos doentes detectados como consumidores de risco e nocivo de álcool; confirmar se a formação de médicos em Intervenções Breves para abordar os Problemas Ligados ao Álcool (PLA) contribui para mudar atitudes dos mesmos em relação aos consumidores de risco e nocivo de álcool
Richmond et al.	1995	Austrália	Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking	Estudo controlado randomizado	Avaliar a efetividade das IB realizadas por clínicos gerais
Roche et al.	2015	Austrália	Addressing inequities in alcohol consumption and related harms	Reisão da literatura	Examinar o uso de álcool e problemas relacionados a partir de uma perspectiva de iniquidades e determinantes sociais.
Saitz, Richard	2010	EUA	Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking	Revisão sistemática	Determinar se existe evidência de eficácia da BI entre os pacientes com dependência de álcool identificado por triagem em ambientes de cuidados primários.
Senft et al.	1997	EUA	Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers	Ensaio controlado e randomizado	Testar uma intervenção breve para reduzir o consumo de álcool entre bebedores moderados a pesados em um ambiente de cuidados primários

Spoth, Greenberg, Turrisi.	2008	EUA	Preventive interventions addressing underage drinking: state of the evidence and steps toward public health impact	Revisão da literatura	Destacar a necessidade de razões para uma maior atenção às intervenções preventivas baseadas em evidências para jovens sem idade legal para beber álcool; fornecer uma revisão das intervenções direcionadas ao álcool com evidência de eficácia ou eficácia, para intervenções envolvendo 3 grupos etários; discutir as principais descobertas e suas implicações do ponto de vista da saúde pública.
Stead et al.	2017	Reino Unido	Delivery of alcohol brief interventions in community-based youth work settings: exploring feasibility and acceptability in a qualitative study	Estudo qualitativo descritivo	Explorar o contexto, a viabilidade e a aceitabilidade da entrega da IB em projetos de trabalho de jovens em toda a Escócia.
Van de Glind et al.	2016	Holanda	Exploring the Range of Lifestyle Interventions Used in Dutch Health Care Practice: A Qualitative Description	Estudo qualitativo descritivo	Descrever a gama de intervenções de estilo de vida usadas em ambientes de cuidados de saúde ambulatoriais holandeses e para identificar quem desenvolveu essas intervenções.
Walton et al.	2014	EUA	A randomized controlled trial testing the efficacy of a brief cannabis universal prevention program among adolescents in primary care	Estudo randomizado controlado	Examinar a eficácia de uma intervenção breve realizada por um terapeuta (TBI) ou um computador (CBI), na prevenção do uso de cannabis entre adolescentes em clínicas de cuidados primários urbanos

Quadro 03 – Dados bibliométricos dos estudos incluídos na revisão. 2018 - LILACS

AUTOR	ANO	PAÍS	TÍTULO	DELINEAMENTO DO ESTUDO	OBJETIVO
Jomar, Abreu	2012	Brasil	Intervenções breves para uso problemático de álcool: potencial de aplicação na prática do enfermeiro	Estudo qualitativo: revisão narrativa de literatura	Apresentar a finalidade, os principais elementos e a aplicabilidade das intervenções breves para o uso problemático de álcool, bem como refletir sobre sei potencial de aplicação na prática do enfermeiro.
Oliveira, Soares, Batista	2016	Brasil	Representações cotidianas de jovens sobre a periferia	Estudo qualitativo: pesquisa-ação	Compreender as representações cotidianas de jovens sobre a periferia, com a finalidade de compor os temas para programas mediáticos de educação sobre drogas.
Oliveira, Soares, Silva	2016	Brasil	Pesquisa- ação emancipatória com jovens escolares: relato de experiência	Estudo qualitativo: pesquisa- ação	Relatar a experiência de utilização da pesquisa-ação emancipatória de modo a expor suas potencialidades para problematizar a realidade dos jovens participantes.
Ronzani, Mota, Souza	2009	Brasil	Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais	Estudo avaliativo qualitativo	Avaliar a efetividade da implementação de estratégias de triagem associadas às intervenções breves para prevenção do uso abusivo de álcool na APS.

5.2 ANÁLISE DOS ESTUDOS

Para análise dos estudos selecionados, construíram-se duas categorias de análise. A primeira analisa o objeto conforme a perspectiva da Saúde Pública, ou seja, a de uso de drogas como comportamento de risco, o que implica em proposição de intervenções para mudanças de comportamento individual; a segunda analisa o objeto da perspectiva da saúde coletiva, ou seja, como fenômeno social, o que implica na proposição de práticas sociais de fortalecimento de indivíduos, famílias e grupos sociais envolvidos com os problemas relativos à produção, circulação e consumo de drogas.

Entende-se que todos os estudos selecionados têm a intenção de orientar, avaliar e/ou implementar práticas educativas e/ou preventivas do uso problemático de álcool e outras drogas, nas diferentes perspectivas. Dessa maneira, esta revisão está organizada no sentido de apresentar as ferramentas e/ou estratégias utilizadas pelos estudos, bem como, pontos favoráveis e desfavoráveis para a implementação de práticas críticas na APS na área das drogas.

5.3 O DISCURSO DO COMPORTAMENTO DO RISCO INDIVIDUAL

Na categoria de risco individual sobressai a quantidade de estudos sobre intervenção breve (IB), de forma que eles foram agrupados como subcategoria para melhor análise:

a) Estudos de IB: (Anderson, 1993; Richmond *et al.,* 1995; Israel *et al.,* 1996; Fernández San Martín *et al.,* 1997; McIntosh *et al.,* 1997; Senft *et al.,* 1997; Córdoba *et al.,* 1998; Ockene *et al.,* 1999; Curry *et al.,* 2003; Fernández García *et al.,* 2003; Millstein, Marcell, 2003; Ballesteros *et al.,* 2004; Bertholet *et al.,* 2005; Reiff-Hekking *et al.,* 2005; Fink *et al.,* 2005; Nilsen *et al.,* 2006; Oslin *et al.,* 2006; Beich *et al.,* 2007; Guth *et al.,* 2008; Kypri *et al.,* 2008; Ronzani, Mota, Souza, 2009; Amaral, Ronzani, Souza-Formigoni, 2010; Kaner, 2010; Saitz, 2010; Moore et al., 2011; Moretti-Pires, Corradi-Webste, 2011; Ribeiro, 2011; Jomar, Abreu, 2012; Mitchell *et al.,* 2013; Walton *et al.,* 2014; Elzerbi, Donoghue, Drummond, 2015; Kuerbis *et al.,* 2015; Nair *et al.,* 2015; Stead *et al.,* 2017).

A IB é uma abordagem de aconselhamento utilizada desde a década de 70, inicialmente, para controle do uso abusivo do álcool e melhoria da saúde dos

indivíduos. A estratégia objetiva incentivar os indivíduos na tomada de decisão de forma a reduzir ou cessar o uso do álcool para se evitar agravos à saúde individual. Parte do pressuposto de que o sentimento de responsabilidade deve ser desenvolvido durante o processo para que conscientemente o sujeito possa controlar seu consumo de álcool. O uso de álcool é considerado disfuncional, de risco. Atualmente já existem estudos de IB para redução do consumo de outras drogas para além do álcool.

Esta revisão identificou predomínio das práticas de IB na prevenção do uso abusivo de álcool. De forma geral, esta prática consiste em: identificar uso de álcool considerado de risco (Screening); orientar sobre limites de consumo seguro; estabelecer acordo sobre a quantidade de álcool que poderá ser consumida; realizar visitas periódicas e quantificar o consumo de álcool em determinado período de acompanhamento – com uso de ferramenta específica (Córdoba *et al.,* 1998). Esta prática se mostra eficiente em reduzir quantitativamente o consumo de álcool, ao menos, em países de alta renda da Europa e América do norte (Elzerbi, Donoghue, Drummond, 2015).

Os estudos primários encontrados são ensaios clínicos randomizados que avaliam a eficácia da IB para a redução dos níveis de consumo de álcool. Eles programam as estratégias de aconselhamento, com duração variável de 05 a 15 minutos, a utilização de tempo maior não indica aumento de eficácia da IB; os resultados são satisfatórios para redução dos níveis de consumo de álcool, com avaliações periódicas que variam por período mínimo de 03 meses e máximo de 02 anos (Anderson, 1993; Richmond *et al*., 1995; Fernández San Martín *et al*., 1997; Senft *et al.,* 1997; Córdoba *et al.,* 1998; Fernández García *et al.,* 2003; Bertholet *et al*., 2005; Reiff-Hekking *et al.,* 2005; Nelsen, 2006; Ribeiro, 2011). A maioria dos ensaios randomizados não detalharam os elementos facilitadores e barreiras para construção e implementação das ações.

Em se tratando do oferecimento da IB, nota-se que o profissional que realiza a IB varia entre médico e não médico, que na maioria são enfermeiros. Nilsen *et al*. (2006), ao realizar revisão sistemática das práticas de IB na APS, afirma que as motivações dos profissionais para participar da prática de IB são diferentes, sendo necessário pensar em estratégias de implementação adaptadas, bem como, na

adaptação de ferramentas e mudanças nas práticas, de forma a incorporar estes profissionais.

Tanto os estudos de revisão quanto os ensaios randomizados selecionados apontam para benefícios na redução do consumo de álcool e dos riscos relacionados ao consumo, seja a intervenção feita por profissionais médicos seja por não médicos (McIntosh *et al.,* 1997; Ockene *et al*., 1999; Reiff-Hekking *et al.,* 2005 Novik, 2011;).

Na APS a atuação do enfermeiro é ressaltada, apontando-se para a necessidade de se ampliar o seu campo de atuação e incentivando-se o compromisso com a educação em saúde, uma vez que este profissional tem contato constante com usuários abusivos de álcool, suas famílias e comunidade (Jomar, Abeu, 2012).

Em estudo avaliativo Ronzani, Mota e Souza (2009) confirmam haver maior efetividade da implementação de estratégias de triagem associadas às IB, quando confirmado efetivo envolvimento de outros atores-chave, como: gestores, participação de equipe multidisciplinar e a integração entre os profissionais da saúde na APS. Este mesmo trabalho assinala que o envolvimento de outros segmentos como o educacional e comunitário significa fator positivo para a implementação das ações. Este estudo utilizou metodologia participativa, pesquisa-ação, o que proporcionou a oportunidade de preencher a lacuna entre a pesquisa e a prática. Isso facilitou a identificação dos fatores facilitadores e barreiras na implementação da prática. Entre as barreiras para a continuidade destas ações, a rotatividade dos profissionais associadas a mudanças políticas de gestão, bem como, a não adesão de toda a equipe foram determinantes. (Amaral, Ronzani, Souza-Formigoni, 2010).

Outros autores concordam com estes achados, Moretti-Pires e Corradi-Webster (2011), ao também avaliarem processo de implementação de uma IB para uso problemático de drogas, apresentam fatores negativos semelhantes para implementação e continuidade do processo, como: formação com enfoque biomédico, que acaba por fragmentar o objeto do setor saúde, ao dividir a atenção por especialidades; o consequente predomínio de preconceitos e estereótipos; além da alta rotatividade dos profissionais por motivos políticos, no cenário brasileiro, sendo esta considerada a principal barreira para a implementação. Os trabalhos

levantam a necessidade de criação de ações de gestão e politicas direcionadas ao uso problemático das drogas na APS.

Fernández García *et al*. (2003) também avaliam a necessidade de práticas multidisciplinares, que ampliem o cuidado para além da patologia, uma vez que, em ambientes de condições socioeconômicas desfavoráveis, a IB apresenta menor eficácia, relacionando à isso a prioridade dada pela comunidade para resolução de problemas sociais e que foge ao âmbito do trabalho em saúde centrado no médico.

Quanto ao uso de ferramentas específicas, Kypri *et al*. (2008), Walton *et al.* (2014) e Nair *et al*. (2015) consideram o uso de IB pelo computador (e-IB) na APS, avaliando a facilidade de implementação e a economia financeira, bem como, a não acumulação de tarefas para os profissionais no atendimento de jovens. Concluem que a e-IB é uma boa ferramenta, porém com algumas limitações. Kypri *et al*. (2008) abalizam que sessões adicionais de e-SBI possuem a mesma eficácia do que a IB com a presença do profissional de saúde para o uso de álcool. Nair *et al*. (2015) afirmam que sessões adicionais para monitorar o consumo de álcool ao longo do tempo não parecem mais eficazes do que intervenções breves de ocasião única; Jjá Walton *et al*.(2014) concluem que este tipo de intervenção é limitada à droga (no caso do estudo, à cannabis) e não é eficaz para a diminuição de outros fatores de risco, como: abuso de outras drogas e violência, também quando comparadas com as IB realizadas por profissionais treinados.

Outra ferramenta desenvolvida com base em revisão de literatura sobre trabalhos de IB foi o guia de práticas criado pelo Institute for Clinical Excellence (NICE) - Reino Unido, que apresenta boa efetividade e custo-efetividade. O objetivo desse guia é fomentar práticas multidisciplinares que envolvem acadêmicos, trabalhadores, pacientes e comunidade (Kaner, 2010). Existem também IBs com aconselhamento feito por telefonemas, após screening (Curry *et al.,* 2003).

Quanto ao sujeito a quem a ação é destinada, Guth *et al*. (2008), em ensaio randomizado, contradizem as suposições de não haver indicação de IB na APS para pacientes diagnosticados com dependência de álcool, afirmando que tanto os pacientes dependentes quanto os não dependentes se beneficiam igualmente da intervenção, embora em revisão sistemática o uso da IB para pessoas que já fazem

consumo dependente de álcool seja questionado devido à ausência de evidências que comprovem a eficácia, sendo indicados mais estudos na área (Saitz, 2010).

Já quando o sujeito da IB é a população jovem, observam-se novas estratégias de implementação, mais acessíveis e atrativas. Stead *et al*. (2017) analisou o uso da IB em diferentes cenários, em campos de futebol, ruas, como parte de atividades de extensão, e em centros de acolhimento de saúde sexual para jovens. Essas estratégias foram muito bem aceitas pelos jovens, mostrando-se propícias para a promoção de relações de confiança com os jovens para questões sobre o consumo de álcool.

Cada vez mais os estudos apontam para estratégias inovadoras quando se trabalha com a população jovem frente aos desafios de implementação da IB. Mitchell, *et al.* (2013), em revisão sistemática de IB para jovens, relata uma série de dificuldades em se trabalhar com esta população, uma vez que ainda são incipientes as evidências científicas com este recorte e a existência de certas medidas previstas por lei que devem ser tomadas para se discutir abuso de álcool e drogas com essa população, como a exigência do termo de consentimento assinado pelos pais, bem como, a dificuldade de lidar com constantes mudanças biológicas e sociais que envolvem os jovens (12 a 21 anos). Além disso, os profissionais apresentam formação, também, incipiente, o que prejudica sua habilidade para abordar e aconselhar sobre tabagismo, uso de álcool e comportamento sexual. Soma-se a isso as dificuldades em se fazer referência para outras instituições especializadas e a falta de recursos voltados à educação (Millstein, Marcell, 2003).

Quando o sujeito da IB é a população idosa, dois ensaios clínicos randomizados, que estudam a eficácia de aconselhamentos de IB em idosos, foram encontrados. Tais estudos afirmam que a população mais velha, que faz uso de risco de álcool responde bem a estudos de intervenção específicos, mostrando-se possível modificar seu uso abusivo de álcool ao longo do tempo (Fink *et al*., 2005; Moore *et al.,* 2011; Oslin *et al*. 2006).

Ainda em abordagem de redução de risco, Millstein e Marcell (2003), em ensaio clínico randomizado, verificaram que o fator predominante para a eficácia da IB é a qualidade da orientação fornecida pelos profissionais da saúde; os autores identificaram que, principalmente nos cursos de Medicina e Enfermagem, há

deficiência em se trabalharem as competências dos profissionais da APS; são profissionais que muitas vezes têm poucos conhecimentos voltados à prevenção. O estudo, recomendou, para além da reformulação do currículo destes profissionais, treinamento em educação continuada.

b) para além da IB: (Giesbrecht, Ferris, 1993; Giesbrecht, Haydon, 2006; Bryant *et al*.,2007; Spoth, Greenberg, Turrisi, 2008; Lee *et al*., 2009; Midford, 2010; Chun, Linakis, 2012; Hawkins *et al*. 2014; Van de Glind *et al*., 2016).

A revisão encontrou outros estudos, além dos que propõem a IB como intervenção, que abordam o abuso de álcool e outras drogas como fatores de risco para aumento da violência e doenças crônicas e / ou transmissíveis. Quando o foco das estratégias para redução do consumo é a abstinência das substâncias, Van de Glind *et al*. (2016) apostam na promoção de estilo de vida saudável, orientada por profissionais de ambulatórios. Nesse caso, valoriza-se o aconselhamento em consultas regulares. Os objetivos desse tipo de abordagem envolvem promover a cessação do fumo, a redução do consumo de álcool, o aumento de atividade física, a promoção de dieta saudável e a perda de peso, e quando necessário, o encaminhamento para outros setores.

A necessidade de se construírem práticas baseadas em evidências é tratada nos estudos encontrados na revisão (Spoth, Greenberg, Turrisi, 2008; Glind *et al*., 2016).

As intervenções de RD são também analisadas em estudos que tomam como objeto os fatores de risco. Lee *et al*. (2009) apresenta ensaio clínico randomizado voltado para idosos de baixa renda que fazem uso abusivo de álcool. O modelo de intervenção em estudo consiste em uma estratégia de entrevista motivacional que procura determinar quais os motivadores para reduzir a ingestão de álcool e incentivar maior planejamento para minimizar o consumo da bebida pelos idosos. Identificou-se que existe maior probabilidade de acessar tratamento e reduzir o consumo quando este está associado a doenças crônicas, ansiedade e depressão. A proposta de RD apresentou melhores resultados do que os programas que focam na abstinência.

Em se tratando do âmbito em que as ações ocorrem, os estudos

apresentados neste subcapítulo mostram-se mais abrangentes ao proporem ações que não envolvem apenas o sujeito que faz uso de drogas, como no caso da IB, mas por proporem ações que envolvam outros atores e *lócus* potentes para auxiliar na prevenção do consumo, principalmente quando se trabalha com jovens.

Pode-se afirmar que práticas voltadas para a prevenção do consumo de álcool entre jovens são mais potentes quando ocorrem em múltiplos domínios, envolvendo principalmente as famílias, a escola, a comunidade e, eventualmente, os locais de trabalho. Essa potencialidade refere-se à identificação de situações de vida concretas em que o consumo ocorre. Tal possibilidade potencializa a plausibilidade das evidências científicas na orientação da construção de práticas efetivas (Spoth, Greenberg, Turrisi, 2008).

Entre os programas escolares de prevenção, Midford (2010) enfatiza os estudos de influência social, orientados por abodargens que se distanciam das tradicionais abordagens focadas na abstinência e se aproximem da RD. Observa-se que se trata de enfoque pragmático de RD, que busca mudança de comportamento, e os elementos que podem potencializar a eficácia da prevenção, como: incentivar ambiente de apoio de pares e promover o desenvolvimento de habilidades práticas.

Chun e Linakis (2012) em revisão da literatura encontraram muitos tipos de intervenções que afirmam resultados positivos na redução das taxas de morbimortalidade de adolescentes que fazem consumo abusivo de álcool, sendo que as intervenções que se mostraram mais promissoras a longo prazo foram: Life Skills Training (LST) um programa multimodal de educação sobre drogas; um programa realizado na escola focado em intervenção comunitária; e o Programa Fortalecendo as Famílias (SFP), uma intervenção baseada na família. Os dois ultimos programas mostraram-se mais promissores para a prevenção do consumo de drogas entre jovens.

Nesta perspectiva, encontrou-se também o Communities That Care (CTC), um programa que busca identificar fatores de risco elevados e fatores de proteção enfraquecidos para comportamentos tidos como problemáticos entre os adolescentes (10 – 14 anos) na comunidade. As etapas do programa são: fomentar a participação e o engajamento da comunidade e de líderes locais para a escolha do melhor programa a ser implementado para responder ao “risco” selecionado; após a

escolha todos estarão envolvidos em programas de prevenção que abordam temas como: auto conhecimento do corpo, uso de drogas, dentre outros. Hawkins *et al*. (2014) concluiu que se trata de programa promissor, que mantém resultados positivos por longo período após implementação, e ressalta a importância do engajamento dos pais, escola e outros atores da comunidade (prefeito, chefe de polícia, superintendente escolar; comerciantes, religião, dentre outros membros da comunidade), como determinantes para o bom andamento na implementação das ações e os resultados positivos na diminuição dos fatores de risco.

Abordagens com base na comunidade são também valorizadas e recomendadas para a prevenção voltada para o consumo de álcool. As ações relatadas nos estudos foram: mobilização da comunidade; educação pública; grupos educativos; intervenção breve; programas educativos para ampliar a conscientização, como campanhas de trânsito locais; dentre outros, no âmbito das políticas mais gerais (Giesbrecht, Ferris, 1993; Giesbrecht, Haydon, 2006).

O delineamento de intervenções baseadas na comunidade mostra-se potente para incorporar práticas baseadas em evidências que abordam preocupações locais de saúde pública. Bryant *et al*. (2007) descrevem a aplicação de uma abordagem de prevenção baseada na comunidade, que consiste em 09 etapas: 1) mobilizar a comunidade: organizar um conselho comunitário que conte com a participação de representantes de organizações comunitárias, pesquisadores acadêmicos, instituições locais e outros atores que compartilhem do mesmo interesse pela ação; 2) desenvolver um perfil comunitário: levantar dados epidemiológicos, levantar necessidades e problemas da região; 3) selecionar de risco/proteção (comportamento a ser promovido): definir a população prioritária para ação, o problema de saúde e comportamento de proteção (ex: prevalência de tabagismo entre jovens escolares do sétimo ano e atividade física como fator proteção); 4) desenvolver um Comitê do Projeto: elaborar princípios norteadores do projeto; construção de diretrizes; definir papéis e deveres dos envolvidos e organização dos procedimentos organizacionais; 5) pesquisa formativa: os membros da comunidade participam de todas as iniciativas, espera-se que a experiência e o nível de envolvimento dos pesquisadores comunitários aumentem à medida que a pesquisa progride; 6) desenvolvimento da Estratégia de Marketing: encontros com todos os participantes para formulação das estratégias de Marketing (ação); 7)

desenvolvimento do Programa: todos os materiais e táticas de intervenção são desenvolvidos e testados por piloto, o conselho irá escolher as melhores ações e irá buscar os recursos e materiais necessários; 8) implementar o programa: providenciar aprovação, quando necessário, dos órgãos legais (comitê de ética, etc) para orquestrar a implementação da ação e 9) Rastrear e avaliar : pesquisadores acadêmicos e comunitários avaliam o contexto, o processo e o impacto do programa em uma avaliação abrangente.

5.4 A DETERMINAÇÃO E OS DETERMINANTES SOCIAIS COMO OBJETO DAS PRÁTICAS: (Roche *et al.* 2015; Oliveira, Soares, Batista, 2016; Oliveira, Soares, Silva, 2016).

Esta revisão encontrou poucos estudos que propõem e analisam intervenções, que tomem como ponto de partida a determinação social do consumo problemático de drogas.

Encontrou-se a revisão de Roche *et al*. (2015), que estuda intervenções sobre determinantes sociais, ou seja, intervenções que incidem sobre fatores sociais e sobre a inequidade.

Dentre os achados dessa revisão, Roche *et al*. (2015) identificam que o abuso de álcool na infância pode ser mais elevado em comunidades desfavorecidas, devendo as intervenções na área envolverem visitas domiciliares; educação parental; bem como programas de preparo escolar. No ambiente de trabalho, identificou-se que indivíduos empregados tendem a beber mais do que aqueles que estão desempregados, sendo o uso influenciado por aspectos físicos e psicossociais do emprego, como a insatisfação dos funcionários, os controles e a cultura do local de trabalho. Intervenções breves, intervenções de pares e psicossociais, treinamento de habilidades e mudança de cultura organizacional podem reduzir o consumo de risco entre os trabalhadores.

Diferentes grupos populacionais têm diferentes padrões de consumo de álcool. Estes comportamentos e resultados diferenciais são influenciados e perpetuados por fatores estruturais e culturais. Assim, intervenções sob medida, que buscam melhorar os resultados de saúde, visando aos determinantes sociais que impactam sobre grupos vulneráveis podem ser benéficas, na medida em que

abordem a desvantagem social dos grupos em foco, através da melhoria da habitação, oportunidades de educação e emprego (Roche *et al*. , 2015).

Diferentemente dos determinantes, e tomando a determinação como perspectiva teórica, apareceu o estudo de Oliveira, Soares e Batista (2016) e Oliveira, Soares e Silva (2016) que detalham a construção e implementação de programa midiático de educação sobre drogas, usando a metodologia participativa, da Pesquisa-Ação Emancipatória. A pesquisa envolveu os jovens não apenas como meros participantes passivos, mas como convidados a construir junto os programas e seus temas. Os autores concluíram como positivo o uso de metodologia participativa para problematizar o papel do Estado em questões que permeiam a reprodução social – trabalho e vida – e tem relação intrínseca com o fenômeno de abuso das drogas numa sociedade com intensa desigualdade social.

5.5 ANÁLISE DA REVISÃO

A maioria dos estudos encontrados nesta revisão aborda o uso de álcool e drogas, pela categoria risco, desconsiderando, dando pouca importância, ou fragmentando a dimensão social em fatores, de forma que, quando verificamos a presença do “social”, na maioria das vezes, trata-se de algo nebuloso que aparece como pano de fundo, algo que pode influenciar a acentuação da dependência ou ser considerado um dos fatores de proteção. Neste contexto, a situação de classe social não é essencial, pelo contrário, o usuário é considerado o responsável por suas escolhas e pela mudança nos hábitos para adquirir a condição de saudável. Santos, Soares e Campos (2010), em revisão da literatura, também encontraram tais intervenções e as consideraram restritas; e que essas intervenções têm a finalidade de induzir à adaptação e/ou promover a harmonização social e em nenhum momento revelam ou colocam em debate o conflito e a luta de classes. Não ajudam, enfim, a evidenciar a determinação do modo de produção capitalista sobre o consumo problemático de drogas e sobre os recursos que as classes sociais e frações de classe dispõem para buscar superação dos problemas que estão na base desse consumo.

De todos os estudos encontrados nesta revisão apenas 03 consideraram as inequidades sociais, seja no enquadramento teórico dos determinantes sociais

(Roche *et al*. 2015), seja no da determinação social (Oliveira, Soares, Batista, 2016; Oliveira, Soares, Silva, 2016) do consumo problemático de álcool e drogas.

Em geral os estudos de IB se enquadraram na categoria risco, sendo que apenas 02 estudos mencionaram as questões sociais, sem, no entanto, implicá-las no uso de álcool e outras drogas.

Fernández García *et al*. (2003) apontaram para a diminuição na probabilidade de êxito da redução do consumo de álcool da IB, com jovens de até 16 anos, quando estes forem parte de grupos sociais residentes de bairros marginais e apresentarem o consumo de tabaco concomitantemente. Ronzani, Mota e Souza, (2009) também assinalam como obstáculo, para o sucesso do andamento da IB, os problemas sociais da comunidade.

Tirado-Otálvaro (2016) orienta a discussão sobre a necessidade de gerar políticas públicas inclusivas e democráticas, focadas na vida e no protagonismo dos sujeitos, dos grupos e dos movimentos sociais, através de práticas contra-hegemônicas. O autor contrapõe as políticas atuais, orientadas por duas frentes, à saúde, que compreende a questão como comportamento de risco, e à judicial, que compreende a questão como crime.

A maioria dos estudos sobre IB não detalhou obstáculos ou facilidades para a implementação de práticas na APS, mas se ativeram a avaliar e detalhar os níveis de consumo de álcool entre os participantes do estudo. Obstáculos inerentes ao funcionamento da ESF, excesso de capacitações, sobrecarga de atribuições e escassez de tempo foram alguns dos obstáculos levantados na literatura (Ronzani, Mota, Souza, 2009).

Embora os estudos de IB mostrem redução nos níveis de álcool consumidos, Beich *et al*. (2007), em estudo avaliativo das recomendações da OMS para IB, questionam a diferença entre efetividade e a eficácia destas intervenções. Muitos são os estudos que apontam para uma boa eficácia das IB para pessoas não dependentes, mas poucos são os estudos que avaliam a efetividade disto na prática diária dos serviços. Bertholet *et al*. (2005) e Beich *et al.* (2007) afirmam que a efetividade da IB para a redução do uso de álcool na prática diária ainda não foi bem explorada, havendo resultados pouco animadores, sendo melhor avaliada quando

realizada com grupos específicos. Para superação desta lacuna os estudos apontam para busca por melhores ferramentas de triagem e melhores estratégias de implementação.

Embora haja eficácia no uso da IB virtual (Walton *et al*., 2014), a aplicação desse tipo de ferramenta é bastante limitada. Para o uso destas tecnologias é necessário um maior número de recurso e treinamento dos profissionais, o que muitas vezes não é disponibilizado na AP.

Há na literatura notável prevalência de intervenções voltadas ao uso abusivo de álcool, ficando em segundo lugar as voltadas para o tabagismo, sendo poucas as práticas voltadas para o uso abusivo de drogas ilícitas. Esta observação adensa outros questionamentos relativos ao preparo da APS para lidar com questões relacionadas com a cadeia de produção e distribuição de drogas ilícitas. A APS tem muitas vezes encaminhado esta demanda para outros setores, voltados para o tratamento.

A quase ausência de referenciais críticos entre as intervenções analisadas sugere a escassez dessas práticas ou sua invisibilidade. A predominância de intervenções biomédicas é algo esperado, já que os referenciais positivistas, que fundamentam a epidemiologia e a saúde pública, são dominantes nos periódicos indexados nas bases de dados de circulação internacional.

O passo seguinte será o de apresentar as estratégias encontradas nos estudos incluídos na revisão e que auxiliarão na construção e implementação de práticas emancipatórias na área das drogas na APS. O quadro 03 apresenta as estratégias detectadas e sua potencialidade de utilização de acordo com o referencial emancipatório da saúde coletiva.

Quadro 04 – Estratégias identificadas pela RI nos estudos incluídos e seu potencial emancipatório.

ESTRATÉGIAS	POTENCIAL EMANCIPATÓRIO
Envolvimento multiprofissional e multidisciplinar	Ampliar o campo de atuação dos profissionais da APS, especialmente para a área da educação, descentralizando o cuidado do profissional médico.
Efetivo envolvimento de gestores	Acredita-se que os gestores apresentam maiores possibilidades de apoiar a implementação de práticas na unidade.
Efetivo envolvimento da comunidade (Organizações comunitárias; instituições locais; moradores; escolas, prefeito, chefe de polícia, superintendente escolar; comerciantes, religião etc.)	Envolver as instituições e moradores das áreas de abrangência da UBS, incentivando o diagnóstico conjunto dos problemas da região, bem como a construção, implementação e avaliação de ações.
Utilização de metodologia participativa	Metodologia participativa fortalece vínculos com os moradores do bairro e auxilia o diagnóstico de problemas.
Utilização de estratégias criativas	Implementação de práticas criativas, que superem o referencial biomédico e se aproximem da realidade social dos sujeitos a quem as práticas se dirigem.
Avaliação periódica das práticas	Constante processo de avaliação para aprimoramento das práticas, readequando as necessidades e a particularidade dos grupos que estarão envolvidos nas práticas
Abordagens que não vislumbrem a abstinência como objetivo central	Práticas coerentes com a RD, que respeitem as possibilidades e as relações que os participantes mantém com as drogas. .
Apoiar processo educativo continuo com os trabalhadores da APS	Processos educativos críticos de fortalecimento dos trabalhadores, que considere a determinação de processo saúde doença para o diagnóstico de problemas da região e identificação de necessidades em saúde.

As estratégias identificadas nesta RI, com potencial emancipatório, foram consideradas na construção e implementação de práticas baseadas em evidências. Assim, foram analisadas pelos trabalhadores participantes deste estudo na etapa seguinte de pesquisa-ação, com implicações para a prática. O detalhamento desse processo está apresentado no capítulo de resultados, a seguir.

6 Resultados

6 RESULTADOS

6.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Durante os momentos que compuseram o ciclo da pesquisa-ação, os seguintes temas foram abordados: origem dos problemas sociais existentes no território; análise das políticas públicas apontando suas limitações e contradições; discussão sobre a finalidade do trabalho da ESF; instrumentalização dos trabalhadores para a implementação das evidências avaliadas pelo grupo como pertinentes para construção da proposta educativa (Quadro 05).

Quadro 05 - Processo de pesquisa-ação com gestores da APS: objetivos e estratégias das oficinas.

Data	Temas	Objetivos	Estratégias
31/05	Apresentação dos participantes e de suas expectativas, e da proposta do processo da pesquisa-ação	Propor a pesquisa, conhecer os participantes e suas expectativas aos encontros Apresentação do conceito de implementação de evidências.	Exposição dialogada Roda de conversa Criação de grupo em rede social
14/06	A realidade concreta dos territórios sociais: necessidades em saúde	Discutir os problemas sociais dos territórios e particularmente os relacionados ao consumo de drogas	Discutir entrevista com Carl Hart[15]
21/06	Facilitadores, barreiras e estratégias na implementação das políticas públicas sobre drogas	Analisar as políticas públicas voltadas a usuários de drogas, compreendendo suas limitações e contradições.	Discussão em grupo a partir de leitura dirigida das políticas para usuários de drogas (2003, 2011) e os programas "Crack, é possível vencer" e "De Braços Abertos"
05/07	Contradições do trabalho na APS	Levantar e analisar as contradições e a finalidade do trabalho na ESF	Exibição e discussão do Filme "El empleo[16]" Discussão a partir de artigos que avaliam o trabalho na APS
27/07	Práticas na ESF voltadas a usuários de drogas: respostas a necessidades	Discutir as potencialidades e limitações das práticas dos trabalhadores da ESF	Discussão em grupo a partir de casos concretos trazidos pelos participantes e jogo "Cidade Dorme: representações cotidianas sobre drogas"[17]
02/08	Práticas na ESF voltadas a usuários de drogas baseada em evidência: construção de projetos de implementação	Refletir sobre os fundamentos da educação emancipatória	Leitura e discussão dos cadernos: "Álcool e drogas: um milhão de ações"[18] e Caderno de educação para ampliar a crítica sobre o consumo de drogas: como trabalhar com jovens[19] Exercício ideologia: discussão sobre 03 capas de revistas
16/08	Práticas na ESF voltadas a usuários de drogas baseada em evidência: construção de projetos de implementação	Refletir sobre os fundamentos da educação emancipatória: desenvolvimento de práticas baseadas em evidências	Discussão dos resultados da revisão da literatura: evidências sobre ações, programas e políticas na APS voltadas a usuários de drogas
06/09	Práticas na ESF voltadas a usuários de drogas baseada em evidência: construção de projetos de implementação	Discutir sobre a elaboração de projetos de implementação de evidência	Roteiro para elaboração de projetos de implementação (Apêndice C)

[15]Entrevista Carl Hart. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=6hEyOjPmNuc
[16]El empleo. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=cxUuU1jwMgM
[17]Pasquim HM, Soares CB. Jogo "cidade dorme". Disponível em: http://fortalecimentoedesgaste.com.br/wp-content/uploads/2016/09/Jogo-Cidade_Dorme-Representacoes_Cotidianas.pdf.
[18]Soares, Cassia Baldini et al. Caderno de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: Álcool e outras drogas: um milhão de ações. São Paulo; 2012. Disponível em: http://www.ee.usp.br/departamento/ens/nace/dir/manual-preview.pdf
[19]Paixão, I et al. Caderno de educação para ampliar a crítica sobre o consumo de drogas: como trabalhar com jovens. São Paulo; 2017. Disponível em: http://www.ee.usp.br/posgraduacao/mestrado/apostilas/Iara_Ribeiro.pdf

20/09	Elaboração do projeto de implementação	Instrumentalizar os gestores para o uso de evidências para formulação de práticas na APS.	Roteiro para elaboração de projetos de implementação
04/10	Elaboração do projeto de implementação	Avaliar roteiro e respostas	Roda de conversa
18/10	Elaboração do projeto de implementação	Avaliar roteiro e respostas	Roda de conversa
01/11	Necessidades em saúde na APS	Discutir as necessidades em saúde relativas ao fenômeno das drogas	Discussão de textos pertinentes [20,21]
08/11	Avaliação do processo	Validar material educativo construído ao longo do processo	Discussão do material

Fonte: Adaptado de Cordeiro, 2013.

A seguir, apresentar-se-á a análise das 13 oficinas que compuseram esta pesquisa, procurando responder aos seus objetivos. A análise ressalta os principais pontos discutidos nas oficinas, com base no referencial teórico que orienta esta pesquisa.

A **primeira oficina** iniciou-se com a apresentação dos participantes, suas formações profissionais, as unidades de origem e as motivações para participação do grupo. Em seguida, se reiterou a proposta, e discutiu-se a importância da participação dos interessados nesse tipo de pesquisa. Assinou-se o termo de consentimento livre e esclarecido. Num segundo momento, as pesquisadoras apresentaram o conceito de implementação de evidências, verificando o que os participantes conheciam sobre essa temática.

O objetivo dessa oficina foi o de discutir a importância de desenvolver práticas na APS, com base nas características da população da área de abrangência e fundamentadas em evidências científicas, para, com isso, oferecer base para as práticas pretendidas. Para estimular o debate, os participantes externos procuraram evidenciar a contradição entre esse ideal e o pouco espaço e tempo que é dispensado no trabalho para a busca de evidências em base de dados ou a leitura de documentos científicos, conforme apresentado no excerto abaixo:

> PQ3: “há todo um campo da ciência hoje que é para fazer uma readequação dos resultados de pesquisa e transformar aquilo em um folder, um folheto, utilizável para os trabalhadores. Qual é o tempo que você tem hoje para estudar durante seus dias de trabalho? Abrir um computador e ler um *paper*? O quanto vocês discutem um resultado de trabalho? [...] pergunta para os

[20] Campos CMS. Reconhecimento das necessidades de saúde dos adolescentes. In: Borges ALV, Fujimore E. Organizadora. Enfermagem e a saúde do adolescente (org). São Paulo: Manole; 2009. p.143-167.
[21] Campos CMS, Soares CB. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem em saúde; p.265-293.

> trabalhadores (...). Quantos *papers* você leu em reunião para discussão? Nenhum? Então, não é um problema de acesso, o problema é o tempo dedicado ao trabalho que não propõe espaços de reflexão, não propõe espaços de aprendizado, não propõe espaços de leitura."

Dessa forma, foi proposto aos participantes que se dividissem em grupos para leitura e discussão de dois artigos sobre implementação de evidências. Para este momento não foi encontrado artigo de implementação na área das drogas, desta forma, utilizou-se artigos de implementação na APS, que abordam outros temas[22,23.]

Num segundo momento foi solicitado que cada grupo trouxesse os elementos que julgaram relevantes nos artigos lidos. Este exercício permitiu que os participantes aproximassem o conteúdo dos artigos de suas realidades de trabalho, momento em que os participantes começaram a verbalizar críticas quanto ao seu processo de trabalho, por muitas vezes automático, pouco criativo e que limita o atendimento à população.

> P4: "Então a conclusão deles está muito próximo da nossa rotina. A gente tinha o programa mãe paulistana, mas a gente não tinha um processo de trabalho tão voltado para a gestante (...), a gente tinha um número alto de morte materna que reduziu muito, então a gente incorporou exatamente isso, o planejamento familiar, o grupo de gestante. Estão, pra mim, isto foi ótimo, a conclusão deles, no dia a dia. (...) Mas, não é com o que foi preconizado na verdade. (...) por que que as gestantes não vem? É feito porque existem indicadores, e você tem de atingir as metas dos indicadores.
>
> PQ3: "Uma coisa meio automática?"
>
> P12: "não é algo que leva as pessoas a refletir."
>
> P4: "Não é a questão do pré-natal mas sim a qualidade do pré-natal, como que é o acolhimento, o que os profissionais passam de informação para os usuários, os grupos."

Os trabalhadores expressaram ainda outras dificuldades vividas nos serviços, como: motivação de profissionais para além da realização das metas quantitativas, exigidas pelos planos diretores municipais; alta rotatividade dos trabalhadores nos serviços primários e preferência pelo atendimento hospitalar/médico.

> P12: "Um grupo que se apropriou de como funciona e do que eu posso fazer para mudar, só que o problema é a rotatividade dos profissionais. Então, o

[22] Figueiredo et al. Síntese de Evidências sobre Estratégias para Redução da Mortalidade Materna no Município de Franco da Rocha, São Paulo. Boletim do Instituto de Saúde. 2016:7(1): 105-12.

[23] Gaiotto, E.M.G.; Isoyama, S.V. Relato de Experiência da implantação de um Grupo de Evidências em um município de médio porte do estado de São Paulo. Boletim do Instituto de Saúde. 2016:7(1): 132-140.

> profissional entendeu, se apropriou, mas você tem rotatividade de profissionais que acaba dificultando a implementação, de realmente modificar esta realidade."
>
> PQ3: "O que implica talvez é que a gente pensar que tem um âmbito mais macro na implementação, garantir a permanência."
>
> P6: "Fazendo uma reflexão com a nossa realidade, a nossa referência em gestação de alto risco é uma determinada maternidade estadual e nós temos grupo de mortalidade materna, mortalidade infantil da qual a gente participa e é muito complicado. Só para ter uma ideia, o médico que participa (...) como é que você pode acompanhar uma gestante que vai uma vez a cada quinze dias? você não sabe como é que ela vive, como é que ela se alimenta. Depende da atenção básica, não é verdade? E também parece que é uma certa proteção no sentido de, não interessa o que acontece aqui dentro da maternidade, nós é quem sabemos. Não abre para discussão. E isso está acontecendo na realidade e no exemplo aqui."

Esta oficina se encerrou ressaltando-se a importância de se buscar boas evidências na literatura, mas também que este conhecimento seja traduzível, ou seja, que seja acessível para os profissionais e que os serviços ofereçam tempo e espaço para este momento. Quanto às dificuldades descritas acima, estas serão detalhadas nas próximas oficinas quando se tratou o sentido da prática na APS e o processo de trabalho existente atualmente.

Na **segunda oficina** pretendia-se abordar o tema: realidade concreta dos territórios sociais e suas necessidades, porém no decorrer da discussão os participantes trouxeram a necessidade de se abordar a limitação do trabalho na APS e a consequente culpabilização que esta lógica de trabalho impõe sobre a população e os trabalhadores da APS. Esse processo de reconfiguração das oficinas, partindo da necessidade dos envolvidos no processo, respeita os princípios da PAE. Após discussão crítica sobre este tema, a discussão se aprofundou, trazendo-se à tona elementos da reprodução social das populações moradoras das áreas de abrangência das UBS.

Iniciou-se esta oficina retomando a discussão do encontro anterior. Com base na leitura dos estudos científicos, os trabalhadores puderam desmistificar crenças construídas por ideologias dominantes que buscam mudança de comportamento por meio do amedrontamento das populações:

> P6: "E aí estava falando da questão da Cracolândia, tava falando aqui que não tem estudos que comprovem que a mulher usuária de crack tem alta

> mortalidade, mas a mulher que não tem o pré-natal correto causa uma mortalidade ainda maior, aí pensando."
>
> PQ3: "Foca no problema que parece insolúvel e complexo que é o crack, culpabiliza a mulher."
>
> P9: "Se você tem uma mulher que não faz o pré-natal de forma correta o risco de mortalidade materno-infantil é muito maior do que aquela mulher que é usuária de crack e que faz o pré-natal corretamente."

A discussão sobre o manejo das questões que envolvem consumo de drogas levou os trabalhadores a questionarem o conhecimento ensinado nas escolas e serviços, na sua maioria, vinculados à saúde pública, à, psicologia comportamental e à medicalização, que apartam o sujeito do meio histórico e social em que vive. No geral os trabalhadores compreendem que a formação universitária é tecnicista e orientada pela lógica da clínica.

> PQ3: "As explicações elas são precárias ou elas são desviadas, como é o caso da droga, a gente tem explicações muito precárias ou a gente tem explicações que colocam a culpa na droga ou no usuário. Na hora da prática a gente se vê, em geral a gente tem a tendência a culpabilizar: 'eu é que não sei, não fiz o curso'. Todo mundo acaba dizendo no final 'falta formação, falta formação, não sei como lidar com isso, falta formação!' Qual a formação que a gente teve na escola sobre o consumo de drogas?"
>
> P13: "Síndrome de abstinência."
>
> P2: "Muita coisa, na biologia, sobre as drogas, que um deprime o sistema nervoso central o outro é estimulante."
>
> P1: "Uso das drogas associada a algumas doenças (...). Falavam da vulnerabilidade social, da questão das drogas associado a doenças, às comorbidades também. Na comportamental também.
>
> P5: "Na minha faculdade eu tive também na Biologia falando sobre o sistema nervoso central e falava justamente de álcool e drogas muito a questão da vulnerabilidade de quanto a droga é um problema social (...), a diferença do uso recreacional do uso abusivo, foi muito forte na minha formação."

A oficina continuou com a discussão do trabalho na área das drogas na APS que também acaba por reduzir o sujeito à dependência da substância ao encaminhá-lo para serviços de referência, exigindo dele mudanças de comportamento:

> PQ3: "como toda ciência, fragmenta ao ser humano em corpo, alma, uma parte física, tudo fragmentado assim e também retira da sociedade. Então, a gente vai fazendo um esforço coletivo aqui de ingressar esta pessoa, este indivíduo dentro da sociedade e ver o fenômeno das drogas como um fenômeno que acontece com grupos sociais, com as pessoas dentro de uma

> dada sociedade. Então, para fazer o paralelo a gente pode pensar o seguinte (...) o que que a gente faz quando alguém chega na unidade com uma dor no fígado? Pede exames, TGO e TGP? faz um monte de outros exames (...). Digamos que chegue lá uma alteração muito grande do exame e a gente está conversando com essa pessoa num retorno, 'você bebe?', 'bebo', 'quanto que você bebe 2, 3, 4, 5?' faz lá uma classificação e fala: 'é de risco'. Estão, eu associo o resultado do exame com o hábito de beber e risco, e o que que eu digo para pessoa? Pare de beber (...). Mas de repente a gente descobre que esse cara com esse fígado, (...) tem uma situação de desemprego, que o joga numa situação de ter perdido a casa, de ter um filho que vai para o tráfico, de repente complicou. O que que a gente faz?"
>
> P1: "Então a gente tem que trabalhar com a realidade que ele tem e tentar diminuir aquele consumo para que ele não fique tão prejudicado."
>
> P9: "A gente encaminha para o CAPS AD."

Os depoimentos revelaram um trabalho exaustivo e que não consegue dar conta das necessidades do território; o trabalhador acaba limitando seu trabalho aos protocolos e metas pré-determinados; apontam também para a limitação das parcerias com outros setores primários:

> P5: "Vou falar um pouquinho sobre essa parceria da Estratégia com o NASF. Nosso território é numa zona de alta vulnerabilidade, de uso de drogas, até por conta desta falta de emprego, a carência econômica mesmo. Muitos casos chegam para gente com dependência de álcool, através da estratégia, aí a gente pensa e encaminha para o CAPS ou não encaminha para o CAPS? (...) o paciente não tem o que comer, quebrou o pé, não está trabalhando e aí usou como uma rota de fuga. São muitos os casos dos usuários no território, a gente não dá conta, não por falta de vontade do profissional, mas por conta da rotina intensa que a gente tem, são muitas casas, a gente está no automático.

Levantou-se também a dificuldade de se fazer vínculo com a população das áreas periféricas. As falas abaixo apontam para uma culpabilização individual, seja da população seja da equipe de trabalhadores da região; reforçam a lógica dominante presente na produção de saúde, por minimizar os problemas resultantes da macro estrutura social. Assim, os trabalhadores se sentem incapazes e angustiados por não atingirem metas pontuais:

> P1: "Então, ali [território de abrangência da unidade] é tudo muito grande e a gente se vê com fragilidade, não tem uma equipe de estratégia, não tem, é tradicional e a gente tem que fazer, a gente não fecha os indicadores que têm que fechar e a gente não faz a saúde que tem que fazer, assim o pré-natal de alto risco, o pré-natal você não acha a criatura [gestante], você não consegue fazer o mínimo (...) na área da vacina, 33% faltante e aí vai embora, aí começa a aparecer os casos de TB, HIV (...) e aí você vê que essa realidade

> do álcool acaba sendo até mais forte do que a realidade do tráfico, da cocaína."
>
> P13: "A gente se disponibiliza uma vez por semana para estar realizando este atendimento de demanda espontânea, a gente leva vacina para conseguir entregar pras crianças, a gente leva balanças pro pré-natal, e eles não vêm, não vinculam, a gente faz todo o esforço."

Nota-se que há forte expectativa sobre os trabalhadores e suas potencialidades, com a gestão cobrando solução para todos os problemas trazidos pela população e pelos outros funcionários. Quando estes não conseguem dar conta da demanda que em geral é exaustiva, surge a cobrança por qualificação, buscando a multifuncionalidade destes profissionais, de modo que possam assumir um pouco de tudo nos serviços. O sentimento de culpa e frustração é muito presente, quando se veem impotentes frente às dificuldades encontradas.

Para ampliar a discussão e compreender o âmbito social envolvido no consumo de drogas, foi discutido um vídeo,[24,25] que faz crítica à desproteção social presente nas periferias do Rio de Janeiro. Refletiu-se sobre como as regiões marginalizadas se organizam e quais as necessidades dos grupos que lá vivem. Nesse processo se procurou elaborar crítica à estrutura social e às representações ilusórias[26] sobre o contexto do uso de drogas.

A seguir, os comentários dos participantes após a exibição do filme:

> P1: Lembra um pouco a realidade que a gente vive, acho que a questão das drogas não está na vulnerabilidade social, ela tá na sociedade, nos nichos de vulnerabilidades mais altas ele aparece, joga à margem como se não existisse, uma realidade à parte, 'eu não quero ver isso'"
>
> P9: "Tu tem de pensar em estratégias, lógico que tem a questão do poder público, como nós podemos melhorar essa questão? como nós podemos fazer? (...) porque as drogas não é o problema central.
>
> P6: Eu acho que o grande problema não é e o uso das drogas, o grande problema dessas drogas é o que eu recebo em troca, relacionamento da droga com a criminalidade. A sociedade não pensa efetivamente nas raízes desses problemas, principalmente (...) porque não existe a mesma possibilidade de oferecer tudo para todo mundo, existem pessoas que não vão conseguir alcançar, acabam tendo este uso da droga como uma alternativa."

---

[24]Entrevista com Carl Hart. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=6hEyOjPmNuc.
[25]Hart C. Um preço muito alto. Zahar, 2017.
[26]Viana N. A pesquisa em representações cotidianas. Lisboa: Chiado, 2016.

> P12: “A questão da falta de oportunidade de estar dentro da escola. O uso da droga (...), é mais fácil culpabilizar a droga do que olhar para o problema, a inserção social. Então o que ele fala, é um ser humano tem vulnerabilidade social, eles têm a mesma vontade de nós, de ter, de consumir. (...) Realmente, por conta da educação, ao invés de dar oportunidade de educação, investir em educação e cultura e dar a oportunidade para todo mundo conseguir ter expectativas diferentes.”
>
> P13: “Quando a gente pensa na questão do usuário, do traficante, da polícia, do político, do trabalhador e tudo isso junto e misturado com uma série de questões econômicas que basicamente vão impedir a igualdade entre as pessoas, e aí a gente sofre, aquele coitado lá que está usando a pedra porque não tem nada.”
>
> P6: “Usuário de drogas para o sistema ele incomoda muito, tem de sair do sistema.”
>
> PQ3: “todos esses elementos estão aí e como é que a sociedade está lidando com as consequências? Culpabilizando os outros e não chegamos no tal inimigo, porque ele tá olhando de cima e vendo todos esses homens se debatendo ou culpa a família, ou culpa porque a família também culpa os usuários de drogas. Cada hora tem um bode expiatório. É muito importante para a gente porque foi a partir daí que a gente entendeu que a nossa opção ela é muito limitada e que a gente tem que procurar caminhos para ampliar essa discussão, mas não batendo com ferro nas nossas costas, na costas do usuário, entendendo um pouco melhor por onde vai o nosso tempo, a nossa dedicação, porque somos trabalhadores que estamos percebendo.”

Essa oficina se encerrou com o entendimento de que a dimensão estrutural, que envolve a dinâmica social contemporânea, é fundamental para compreender o fenômeno das drogas. A ideologia dominante da GD, que sustenta essa dimensão, deve ser fortemente criticada, no sentido de rever a centralidade da dimensão individual, e expor a condição dos indivíduos, que se veem cada vez mais sem recursos e oprimidos diante desta lógica.

Na **terceira oficina** retomou-se a proposta de se discutir a realidade concreta dos territórios sociais e suas necessidades de saúde, com objetivo de se compreender os problemas sociais dos territórios e, particularmente, os relacionados ao consumo de drogas. A estratégia empregada para abordar este tema foi a divisão dos participantes em grupos para realizar o levantamento das características dos territórios, levando em consideração a estrutura física, trabalho e lazer possíveis nas comunidades.

Para este momento de análise separamos o assunto em: 1) atividade econômica; 2) características físicas do território e das moradias.

1) Atividade econômica:

P2: “caráter econômico de cada uma das UBS (...) de certa forma acaba repetindo, tráfico, comércio formal e informal, camelô, essa parte de vendas, Indústrias, homem-seta, imigrantes e moradores de rua (...). O Delamari, devido a comunidade, tem diarista, os motoristas de Uber. (...) Na Mooca, tem pedintes, catadores, os guardadores de carros, tem os famosos mandioqueiros, que plantam, colhem, fazendo tapioca, tudo nessa região.”

P1: “A Penha, para quem não conhece, é um bairro tradicional de São Paulo. Então, lá no centro onde tem a igreja linda, maravilhosa, ela é de classe média/ alta, ele é um bairro de comércio (...) e a unidade fica à margem. (...) Tem uma avenida que passa o trem, que passa o metrô, passa o ônibus de tudo que é lugar, passa nessa avenida e a Marginal atravessa a avenida. Então ela tem o fluxo de pessoas muito grande, o comércio da Penha é um comércio imenso tem gente de todo lugar. (...) Estão, à margem tem comércios de rua, tem supermercado, tem Shopping, tem faculdade, tem colégio público, tem o Tiquatira que é referência, tem colégio particular tradicional.”

P6: “No Iguaçu, tem prostituição, ilegalidade. Penha é muita fábrica. Delamare é praticamente toda SUS dependente, há uma grande presença do narcotráfico.”

P9: “Bares, igrejas, manicure é o que tem no território, são estas as fontes de emprego (...), uma coisa também que tem é uma tabacaria, principalmente no final de semana tem um fluxo gigante, festa de Natal é muita gente circulando, muita gente então isso uma característica comum (...).”

P6: “A região tem um comércio formal bastante presente mas muito maior ainda o comércio informal, lá existe a feirinha da madrugada que é um comércio bastante informal e que demanda uma quantidade de pessoas que trabalham que frequentam a feira e que vivem à margem da economia informal, lá por exemplo tem muitas oficinas de costuras, praticamente abastece todo o Brás [...]. Praticam tudo, se você compra uma roupa no shopping com certeza foi produzido ali no Pari, no Brás.”

2) Características físicas do território e das moradias:

P1: “Eu venho de UBS tradicional, no centro da Penha e a gente tem uma vulnerabilidade social por conta da região muito grande. (...) Tem uma dicotomia muito grande na região, porque tem um centro tradicional em cima e embaixo começa a comunidade (...). Então, tem a margem da Marginal, tem essas comunidades, como nossa área de abrangência é muito grande e ela divide o território de Guarulhos, porque Guarulhos está do outro lado da Marginal, atravessando a ponte daqui 15 minutos tá em Guarulhos. (...) E então, assim, tem comunidades numa área de invasão no centro da Penha. (...) Na minha área de abrangência tem quatro viadutos e embaixo dos viadutos, ao redor dos viadutos têm os moradores de rua, tem os catadores de lixo, tem as comunidades, áreas de invasão. (...) Nossa demanda lá é tudo que você pode imaginar, a gente tem alto índice de negligência, altos índices de violência, saúde mental de todos os níveis, infantil, adulto, álcool e drogas é muito alto, o índice de natalidade também é muito alto.”

> P6: “A característica do território é muito irregular, são vielas, palafitas, esgoto a céu aberto. Falta, (...) principalmente para a população jovem, espaço cultural, não tem escolas no território da unidade de saúde, existe muita violência no território e o conselho gestor é bastante presente, tem bastante participação porque toda população precisa muito.”
>
> P9: “O perfil do Iguaçu (...), tem a questão do narcotráfico, das vielas, a gente tem uma área que não tem água encanada mesmo, não tem água e nem esgoto e agora chegou rede elétrica.”
>
> P12: “Está relacionado com processo saúde-doença, à economia, à questão também de transporte, tudo está relacionado ao processo saúde-doença, a questão de necessidades de cada ser humano. O que interfere no processo saúde-doença? A questão do lazer, de trabalho, tudo isso interfere na questão de saúde.”
>
> P10: “O Marasca é muito heterogêneo, é uma bairro de classe média alta. Então assim, é o local de casas muito grandes, agora tá formando um curtição, tem muitas invasões, (...) mas mesmo assim tem violência, uma situação bem precária ali mas com atuação da violência bem grande, tem muitos casos de saúde mental (...). Estão, a gente vê uma situação de violência do local.”
>
> P6: “A região do Pari é bem diferente das outras, fica numa região bem central da cidade e tem por característica a presença de uma grande quantidade de população de imigrantes e [...] a maioria são bolivianos, tem muitos chineses, coreanos, refugiados árabes, pessoas do continente africano. Tem uma Igreja Católica que recolhe essas pessoas. Nós também temos uma grande quantidade de pessoas em situação de rua porque existiam complexos de equipamentos sociais na região. Então, as pessoas não estão efetivamente habitando a via pública, mas são pessoas albergadas (...) sob condições desumanas, as pessoas moram no trabalho, no mesmo espaço eles transformam um imóvel de 3 dormitórios uma habitação para 40, 50 pessoas. Eu ouvi dizer que eles cavam o subsolo e transforma o porão em moradias. Então, por isso que é muito comum caso de TB, não tem ventilação e a jornada de trabalho é muito extensa, são 12 horas. As pessoas que trabalham na feirinha da madrugada, por exemplo, os chineses são muitos dos proprietários das bancas, apesar de eles terem o nível econômico bastante razoável o trabalho deles também é bastante extenso.”

Este momento foi importante para que os trabalhadores exercitassem relacionar a inserção no trabalho no sistema capitalista com as possibilidades de reprodução social, ao analisarem as condições de moradia. Foi possível identificar a forte presença do desemprego e do trabalho explorado que impossibilitam a melhoria na reprodução social, restando apenas a esta população residir em regiões periféricas, em albergues ou cortiços, lugares insalubres e marcados pela desproteção social.

A **quarta oficina** teve como tema contradições do trabalho na APS, e se objetivou levantar e analisar as contradições e a finalidade do trabalho na ESF, que se apresenta como trabalho produtivista e inflexível. Como ferramenta exibiu-se o filme *El empleo*[27].

A oficina começou com exposição dialogada sobre o processo de produção em saúde, e partiu do entendimento de que como estamos em um sistema capitalista de acumulação, nossos processos de trabalho respondem às necessidades do capital, que por sua vez se preocupa com a geração de lucro. Para tanto, é imprescindível um nível de organização e divisão do trabalho subordinado a um modelo assistencial.

Para melhor entendimento, iniciamos a discussão com a análise dos elementos do processo de trabalho, no universo de produção capitalista: objeto, meios e instrumentos, finalidade, e organização do trabalho. Em tese, partimos do objeto, aquilo que se pretende transformar e que está sob domínio daquele que detém os meios e os instrumentos de produção, instrumentos que estão sob o manejo dos trabalhadores, sem que estes sejam detentores dos objetos em transformação. A finalidade capitalista está na exploração da força de trabalho, de forma que se obtenha mais-valia no final do processo de produção, e é por meio da organização do trabalho, do uso de mecanismos para garantir o controle produtivo, que a mais-valia será assegurada. Como recurso didático, utilizaram-se charges.

Quando se transporta este conhecimento para o trabalho na APS, temos como objeto de trabalho, as ações programáticas voltadas à população diabética, hipertensa, gestante e às crianças. Os instrumentos possíveis para a transformação desta realidade são: consulta médica, consulta de enfermagem, acolhimento durante a visita domiciliária e o trabalho de organização segundo os preceitos da divisão social e técnica do trabalho, sendo o trabalho da equipe centrado no profissional médico.

Trabalhar nesta lógica (re) produtiva implica a exploração dos profissionais, como já dito anteriormente, por meio de conceitos como resiliência e polivalência

[27]El empleo. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=cxUuU1jwMgM

que imprimem culpa e forçam o trabalhador a um trabalho exaustivo, assumindo tarefas que vão além das atribuições profissionais.

Após exposição, os trabalhadores assistiram ao filme *El empleo*, e, para ampliar a discussão, 04 perguntas foram propostas: 1) O personagem realiza as atividades de forma criativa? 2) O personagem usufrui do resultado do seu trabalho? 3) O que significa as pessoas amalgamadas nos objetos? 4) Que semelhanças há com o trabalho na atenção primária?

> P12: "Nosso dia a dia não tem liberdade e nem criatividade, é engessado. Os seres humanos ali identificados não têm expressão e acabam sendo reflexo do nosso dia a dia, coisificado, de nos tornarmos coisa, perde um pouco da nossa humanidade (...). Das pessoas que estavam presas nos objetos, nas cadeiras, no armário, enfim, é exatamente essa coisificação (...). No nosso trabalho a gente tem esse engessamento (...), os protocolos que acabam impedindo a gente de ter essa liberdade e criatividade de produção.
>
> P6: "Temos pouca possibilidade de decidir sobre o processo, praticamente uso o que já está definido, na verdade a gente não consegue mudar o sistema, essas seriam as semelhanças."

A exploração do trabalhador na APS é tão presente que, mesmo com discussão crítica sobre este processo, as falas ainda apresentaram inconsistências. Assim, mesmo que já mais elaborados e críticos, os discursos ainda eram voltados à qualificação dos profissionais, reforçando que é o próprio trabalhador que deve procurar se qualificar melhor e ser mais resiliente..

> P5: "No início a gente entrou em um impasse, sobre o engessamento mesmo e de objetificar as pessoas e o quanto a gente faz isso no nosso trabalho na saúde, tudo a gente reduz à função, perde a identidade de todo nosso processo de trabalho. Aí a colega também veio e "também tem o fator intrínseco de cada sujeito, de criação, da resiliência" porque às vezes a gente se acomoda e acaba entrando nesse processo, então foram várias discussões bem ricas que a gente conseguiu, foi bem bacana. A gente discutiu também o quanto cada um tem a estrutura para lidar, mas nem sempre a pessoa consegue refletir e ver o fator de mudança no seu fazer. O quanto o ambiente oprime às vezes, e também não tem um culpado, tem gente por trás disso, é um processo é o modo estrutural do trabalho. A gente acabou falando também do valor da sociedade atual, foi bem bacana, da realidade política atual e quanto isto está perto da gente."
>
> P10: "Dentro disso, algumas pessoas vão se destacar e vão superar e encontrar formas de atender às necessidades que chegam."

Existe uma crítica que envolve a estrutura social mesmo que esta precise ser melhor elaborada para ultrapassar os patamares de explicação individual.

> P14: "O nosso papel como sujeito transformador, todos nós estamos dentro do mesmo sistema, pensando, criando, vivendo o dia a dia, mas até onde eu

> me limito? Por exemplo, eu sou assistente social, eu me limito a fazer assistência social? Tem os protocolos mas este protocolo não atende a todo momento, a todas as demandas que chegam? Eu tenho de desconstruir e fazer novamente? Então assim, se eu fico engessada eu não vou atender, vai parar nisso, porque cada vez chega um caso diferente. Eu vou ler as leis, as diretrizes, "não, essa não dá", ela não contempla a realidade que acabou de chegar. Eu vou construir para atender aquele que chegou? A gente é ser transformador, a sociedade é feita de pessoas."

Encerrou-se esta oficina discutindo, a partir das falas dos trabalhadores, o objeto que se pretende transformar, da perspectiva da saúde coletiva. Refirmou-se que, diferentemente da Saúde Pública, o processo de produção de serviços de saúde deveria tomar como objeto a saúde do coletivo, que só pode ser compreendida quando se compreende as necessidades em saúde (Campos, Soares, 2013).

A **quinta oficina** iniciou-se retomando o tema proposto na oficina anterior e promovendo discussão das práticas presentes na ESF voltadas aos usuários de drogas. O objetivo era o de discutir as potencialidades e limitações das práticas dos trabalhadores da ESF na área das drogas. O recurso utilizado nesta oficina foi a charge crítica, retiradas de jornais e internet.

> PQ1: Tem algo que vocês lembram mais sobre o El Empleo? Até discutimos sobre umas perguntar. Vocês conseguem trazer um pouco desta semelhança com o seu trabalho?"
>
> P2: "Quando eu não participo da rede, quando eu só encaminho para o hospital 'X', talvez eu fique alienado dentro desta rede. Pensando na linha de montagem como uma rede do cuidado final da pessoa, esta pessoa veio de algum lugar, se ela veio para a UBS como porta de entrada eu vou fazer meu papel e vou encaminhar. Mas eu acho que tenho que me envolver mais com aquela pessoa. Meu medo é ficar um pouco sobrecarregado, não vou conseguir fazer tudo."
>
> P5: "Não é que a gente queira saber de tudo, e também não tem que fazer tudo, mas reconhecer o processo te alivia um pouco quanto trabalhador.(...) As vezes tem (...) um paciente que tem um problema tão grande, será que se encaminhar para o negócio de drogas ele vai? E se ele não for? Então, as vezes, até a questão da rede, desta integralidade toda serve para aliviar a gente um pouco neste processo. A pessoa é responsável pelo sujeito do seu território, mas até onde a responsabilidade é nossa só ou a gente entendendo que o processo de produção é o mesmo processo que a gente também está. Os nossos paciente também são sujeitos do mecanismo social que a gente está. Eu fico pensando isso, que talvez reconhecendo isso a gente diminua um pouco a carga, eu não sei se na prática alivia pra gente enquanto trabalhador. Você está ali com o problema na sua frente, 'tudo bem , eu sei da onde vem o problema, da ordem social que é este problema', ai vocês tem uma rede, da integralidade desta rede, também não é uma super

> rede, como a gente conversou informalmente aqui, as vezes eu acho que esta rede é mais feitas de pessoas."

Os participantes criticaram o trabalho descontínuo, marcado pela falta de comunicação entre os aparatos construídos pela área da saúde:

> P3: "A gente teve uma experiência que lembra a linha de montagem. Nós ouvimos um boato de que seria aberto um novo equipamento social, aí nós fomos tentar descobrir, investigar e realmente, de um dia para o outro, foi construído um equipamento social do lado do complexo Canindé. Não existe uma articulação [PQ1: Quem faz a administração?]. Pois é [risos]."

No segundo momento dessa oficina desenvolveu-se um jogo educativo, com a intencionalidade de gerar crítica sobre a ideologia do consumo problemático de drogas e explorar as potencialidades do jogo como instrumento educativo e terapêutico em saúde. Para conduzir e auxiliar na discussão foram convidados dois pesquisadores, Heitor Martins Pasquim e Sheila Aparecida Ferreira Lachtim. O jogo chamado Cidade Dorme: representações cotidianas sobre drogas[28] de educação sobre drogas explora as representações ilusórias, que tomam o consumo de drogas como doença. Para a realização do jogo não é necessário uso de material específico, exige apenas local adequado para dinâmica em grupo.

O pesquisador mediador explorou as representações ilusórias a partir de afirmações, exemplo: "eu não aceito uma pessoa que tenha feito uso de drogas recentemente em uma dinâmica de grupo", os outros personagens envolvidos são: mentiroso, que devem sempre falar o inverso do que acreditam sobre a afirmativa; detetive, que tentará encontrar o mentiroso e a sociedade, esta irá defender suas opiniões sobre a questão posta.

Para além das representações ilusórias sobre drogas o jogo também possui o alcance para ampliar a discussão e entrar em reflexões sobre o trabalho na APS voltada a essa população. As falas aqui não serão expostas, mas é possível avaliar que os trabalhadores estavam plenamente envolvidos e que utilizaram este momento de maior descontração para desenvolver crítica sobre a questão das drogas e o tratamento que estas pessoas recebem no sistema de saúde, a partir de

[28]Pasquim HM, Soares CB. Jogo "Cidade dorme". Disponível em:http://fortalecimentoedesgaste.com.br/wp-content/uploads/2016/09/Jogo-Cidade_Dorme-Representacoes_Cotidianas.pdf

um jogo cuja proposta não é chegar à abstinência, como é posto em outros jogos sobre o tema (Pasquim, Soares, Santoro, 2016).

A **sexta e sétima oficinas** tomaram como objetivo refletir sobre os fundamentos da educação emancipatória e, em um segundo momento, sobre a educação na área da saúde como ferramenta de transformação de práticas e problematização da realidade, para conduzir a discussão convidou-se a educadora Alva Helena de Almeida.

Iniciamos nossa conversa, pondo em evidência, elementos que constituem o processo educativo postos por educadores da vertente teórica da educação histórico crítica: Demerval Saviani e Vitor Paro, com contribuição de Paulo Freire, compreendido como intrínseco ao processo de trabalho em saúde. Os elementos trabalhados foram: sujeito; objeto; método; objetivo e, inclusive, a intencionalidade, elemento essencial do processo de trabalho (Almeida, Trapé, Soares, 2013).

O método adotado, ainda nesta perspectiva, consiste na horizontalização das relações entre os envolvidos, propiciando momentos de crítica, a partir de conteúdo familiar aos sujeitos. No caso dos trabalhadores envolvidos nesta pesquisa, discutiram-se as relações vivenciadas no trabalho na atenção básica.

Por último elemento, apresentou-se a intencionalidade que deve ser impressa na ação, ressaltando que: em uma ação conscientizadora, a intencionalidade visa à emancipação dos sujeitos, à superação da consciência ingênua para que os envolvidos percebam as contradições existentes nas relações diárias (Almeida, Trapé, Soares, 2013).

Após apresentação dos elementos que constituem a educação emancipatória, seguiu-se com perguntas provocativas para ampliar a discussão, como: o que vocês entendem por educação? Qual foi a educação que vocês tiveram? Qual a educação que a gente oferece no nosso serviço?

Na sequência, os participantes dividiram-se em pequenos grupos de forma a discutir o cotidiano dos serviços. Outras questões estimularam a discussão: é possível definir um período para o processo educativo? em quais espaços estes processos podem acontecer? precisa de um tempo? tem que ser no grupo terapêutico ou pode ser em outro momento? vocês se vêm em um processo

educativo neste momento? desenvolvem processo educativo de forma rotineira ou sistemática na prática profissional? quando desenvolvem as práticas educativas, definem objetivo, finalidade? quais relações estabelecem entre a prática educativa e o processo de trabalho?

Todos se consideram educadores, conforme os excertos abaixo:

> P2: “A gente chegou na conclusão, que assim como elas nós também somos educadores, pensamos na educação como uma continuidade dessa estratégia em saúde de não só informar, mas sensibilizar, fazer um processo educativo, levando em consideração as condições da pessoa.”

> P6: “Talvez não de um modo ortodoxo, ou não tão organizado, de forma tão organizada quanto pretenderíamos (...). No dia a dia, os processos de trabalho, quando passamos informações, dados para a equipe, estamos juntos para pensar processo de trabalho, na unidade nós construímos, nunca decidimos de cima para baixo. Então, eu acho que isso aí é um processo de educação e o organizado, planejado ocorre também, mas não com a forma ou com a frequência de desejaríamos.”

> P5: “a educação está aliada à saúde, quando eu penso em educação eu penso em transformação, a partir do momento que a gente consegue gerar um processo de transformação, de mudança da percepção sobre determinado assunto a gente já está fazendo educação, e aí isso pode variar de equipe, num matriciamento, num próprio encontro com o usuário, numa atividade coletiva, numa consulta, quando a gente consegue proporcionar um espaço de reflexão, que se encaixa no perfil, de acordo com a demanda dele, que realmente a gente consiga gerar um momento de reflexão, e consequentemente transformação, isso já se torna um processo de educação.”

Porém, os excertos abaixo mostram que a prática educativa não é comumente feita na UBS pelos trabalhadores, que acreditam que deveria haver momento, espaço e trabalhador preparado para essa prática, como numa programação estabelecida de forma vertical; acreditam também que essa prática se relaciona mais com ação da UBS na escola e que a demanda é exaustiva e voltada para atendimento médico:

> P1: “Não tem nem RH para isso. É muito pouco, educação é muito difícil lá, você tem de ter tempo e não tem. Não tem espaço. (...) A gente tenta, mas não é uma coisa que é um programa, um projeto, não existe isso. Vai do nível individual também. Eu sou uma pessoa, formada em RH (Recursos Humanos), em treinamento, então, dentro de uma política privada você tem um RH constituído então você desenvolve pessoas, dentro do contexto do seu negócio. Depende da organização, eu já trabalhei em várias organizações. Então, você desenvolve pessoas tanto no contexto comportamental quanto emocional [...]. Isso não existe na saúde, estou na saúde já tem algum tempo... tudo que você vai fazer tem de ter continuidade, tudo o que você vai fazer tem de ter continuidade, não adianta você ter um curso em 2014 e outro em 2017.”

> P9: “Eu venho da tradicional e como eu sou TO e faço muito trabalho externo com educação, na saúde escolar, então eu acabo trabalhando com educação. Na minha atuação eu acabo trabalhando mais.”
>
> P11: “A fama que se tem, é que no hospital se trabalhava muito mais do que na UBS. “vai para a Atenção Primária que é muito tranquilo, muito sossegado”. A gente percebe que a rotina é muito diferente, no hospital tem o fluxo “X”, deu o seu horário “tchau”. Você está indo embora, está indo pro carro, está indo pro ponto tão te parando na rua, estão te perguntando.”
>
> P3: “Essa questão do trabalho ser voltado para o médico em saúde coletiva, [...] o que a população busca? O que a equipe busca? Será que não é só um atendimento pontual e vai... volta pra trabalhar.”

Em função da forma de ver a prática educativa na UBS, as atividades de Educação em Saúde acabam ficando relegadas ao cotidiano dos serviços. Quando questionados se o processo educativo não poderia estar presente nos processos de trabalho da UBS, sem necessariamente exigir protocolos e programas verticais em espaços formais, e amparados por suporte de RH, outras barreiras, como as prioridades quantitativas das metas de gestão das OS e as trocas de gestão foram pontuadas:

> P1: “Agora se você for pensar o projeto de educação continuada, tanto profissional, quanto da população... isso não existe na saúde e você não tem espaço para fazer isso. (...) E o volume que chega de demanda te engole, mesmo se você tivesse esse tempo. (...) Se você fizer um levantamento do que você tem pra fazer, com a demanda que você tem, principalmente a gente que está em uma área de vulnerabilidade social extremamente exacerbada, tem todas as demandas dos programas, não dá, não dá. Falta gente, falta espaço.”
>
> P10: “A gente não tem uma planilha contínua, porque se mudar a gestão, muda tudo (...) são essas coisas, é questão de ego, não é política de saúde.”
>
> P1: “Agora enquanto gestor você faz esta multiplicação, até porque você precisa de fazer isso pra que a coisa ande, é claro que não é no ambiente adequado, enfim, mas a gente vai fazendo essa educação, desenvolvendo essas pessoas, porque você vai fazer processo seletivo, você não encontra alguém que conheça Atenção Básica, tem que formar o profissional e quem forma é o serviço. Em processo seletivo com 40 candidatos, se tiver 5 que tem experiência em Atenção Básica é difícil, a maioria não têm, a maioria vem de outros lugares e vai aprender na prática, sem falar também da questão de onde você foi inserido, às vezes você trabalhou em um programa de consultório de rua, diferente de trabalhar em uma unidade básica de saúde, no AMA, no PSF, tem essas particularidade.”
>
> P11: “(...) de dentro da estratégia você tem uma agenda, então você consegue pensar em ações para tentar desenvolver, mesmo com as dificuldades, por conta de você ter esta agenda pré-estabelecida. Já no tradicional a meta é muito maior das consultas, então a questão de grupos e visitas já não tem, então fica muito mais difícil você organizar o profissional para desenvolver uma ação educativa, e uma coisa que a gente percebe também é a dificuldade de desenvolver este profissional, anteriormente você tinha um espaço onde você chamava o profissional por categorias […] todos os psicólogos estavam lá, hoje se perdeu. A gente foca muito na questão meta, meta, meta […] e a gente acaba não desenvolvendo este profissional

> para desenvolver também com os paciente, usuários, mas diante de todas estas dificuldades a gente percebe que a gente faz educação. Com todas estas nossas limitações, mas a gente consegue.

As discussões sobre esse tema levaram à formulação de várias críticas ao trabalho na atenção primária em saúde, como as práticas pragmáticas e os programas implementados, que muitas vezes não abrangem necessidades específicas do território de atuação da UBS, acabando por atender apenas uma população pré-determinada, como: gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças dentre outros.

> P10: “Quando eu me formei, trabalhava com cirurgia de mão, então... “ah vai fazer exercício numa mesa”, ai a pessoa sai e falava para a faxineira que não tinha mesa em casa. Então, a gente imagina que o mundo é igual, quando você tem 19 anos você acha que tudo é um beleza e não é, então assim, a gente também poder escutar o que o paciente diz, muitas vezes a gente vem com um programa pronto mas não é nada daquilo que o cara precisa, daí a gente fala assim “ah mas ninguém adere a este programa”, lógico, o programa não contempla nenhuma necessidade.”
>
> PQ2: "Eu acho que quando você faz educação você tem que respeitar o tempo, cada um tem um tempo, também tem os fatores externos, tanto de quem está ali no quadradinho quanto de quem está fora, aí tem a intenção também, será que é pra ele realmente parar de fumar a goma, porque ele acha que a goma vai resolver o problema dele (goma para parar de fumar), por conta da medicalização. A pessoa vem para a receita, aí você tem que desconstruir todo um pensamento de que não é a medicação que vai fazer ele parar de fumar. Estão, isso é um processo e é demorado, mudança demora para acontecer [...]. Vocês não acham também que a gente tem uma tendência de colocar as pessoas dentro de umas caixinhas? “esse aqui vai para a TO, fazer oficina”, “esse daqui vai fazer atividade física” e quando ele não se encaixa em nenhuma dessas caixinhas?"
>
> P5: "Normalmente vem seguida da fala do não adere."
>
> P6: "A questão do tabagismo acho que é muito mais ampla. A cultura de resolver com queixa/conduta, isso aí acho que é um dos principais desafios que a gente enfrenta, a gente percebe que é difícil a gente trabalhar, não sei nem se a gente tem condições de dar resposta para estas questões, principalmente também porque os problemas não se resumem só na Atenção Básica, tem questões sociais, econômicas, segurança, educação. É por isso que se sub especializa tanto, porque é mais fácil cuidar de um fragmento do que integral."

Finalizou-se a atividade, nesse dia, com exemplos de práticas educativas na APS na área das drogas. Um único exemplo foi dado, conforme abaixo:

> P3: “A gente tem um grupo de futebol lá no Pari, as pessoas vão até lá sobre o efeito de álcool, até mesmo de outras drogas, de forma alguma a gente impede o acesso. Pensando em Redução de Danos, é um mundo muito amplo, e lá é um lugar pra conversar, muitos pacientes que não deixam a gente conversar no dia a dia, vão para o futebol e trocam uma ideia, ficam acessíveis, lá é o lazer, uma dimensão que muitos não acessam, situações prazerosas, acesso a prazer. A quadra é uma quadra da escola municipal e ela ficava lá e as pessoas não tinham conhecimento dessa quadra (...).”

As pesquisadoras também trouxeram 02 ferramentas para se trabalhar a questão da droga, com trabalhadores e com jovens: Caderno Álcool e drogas: um milhão de ações[29]; Caderno de educação para ampliar a crítica sobre o consumo de drogas: como trabalhar com jovens[30].

A discussão que se seguiu nestas duas oficinas foi importante para que os trabalhadores começassem a pensar na elaboração dos projetos de implementação, a serem construídos nas oficinas subsequentes. Expuseram-se também os principais elementos da revisão bibliográfica sobre a temática, apresentada em detalhes no segundo capítulo desta dissertação. Compreendeu-se que a apresentação desta revisão seria elemento importante para os trabalhadores na construção de suas práticas, pois traria as evidências científicas sobre o tema.

Constatou-se na revisão da literatura que as práticas que fomentam ações no âmbito escolar, tanto na educação de adultos, quanto na educação infantil são as mais recorrentes. No entanto, o exame dessas práticas permite afirmar que elas não se aproximam da perspectiva da saúde coletiva, mostrando-se bancárias e disciplinadoras.

O segundo tipo de prática recorrente é a intervenção breve, que mostrou-se composta por ações pontuais, em serviços de saúde, e ações de rastreio e aconselhamento de pessoas em situação de abuso de álcool,nos locais de trabalho.

A maioria das práticas encontradas na revisão encontrava-se na perspectiva da Saúde Pública, mas trazia elementos que poderiam ser considerados em práticas emancipatórias já que eram elementos que extrapolavam a práxis clínica. Nesse sentido, ressalta-se que os estudos consideraram a intersetorialidade como importante, bem como o envolvimento das famílias e da população moradora da área da APS.

A **oitava, nona e décima oficinas** ofereceram espaço para que os trabalhadores discutissem quais seriam as práticas inovadoras na ESF voltadas ao

[29]Soares, Cassia Baldini et al. Caderno de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: Álcool e outras drogas: um milhão de ações. São Paulo; 2012. Disponível em: http://www.ee.usp.br/departamento/ens/nace/dir/manual-preview.pdf

[30]Paixão, I et al. Caderno de educação para ampliar a crítica sobre o consumo de drogas: como trabalhar com jovens. São Paulo; 2017. Disponível em: http://www.ee.usp.br/posgraduacao/mestrado/apostilas/Iara_Ribeiro.pdf

problema das drogas e baseadas em evidência, visando à construção de projetos de implementação. Para este momento a ferramenta escolhida para auxiliar a construção das práticas foi a apresentação e o preenchimento conjunto de roteiro para elaboração de projeto de implementação de práticas emancipatórias no âmbito da Atenção Primária à Saúde (Apêndice C).

Iniciou-se a discussão retomando as políticas e práticas na área de drogas no mundo, trazidas pela revisão da literatura. Posteriormente procurou-se analisar se as práticas encontradas eram plausíveis e pertinentes para a realidade das UBS e como poderiam ser adaptadas para a realidade de cada área.

Foi possível identificar nos estudos da RI, criticas ao modelo de GD, bem como, evidências de práticas que se afastam desse modelo, como é o caso das ações que envolvem os usuários de drogas no planejamento, e das que incentivam a presença dos setores organizados do território, como as associações de moradores, os conselhos gestores e os líderes comunitários.

Foi possível perceber que a proposta de intersetorialidade preocupa os trabalhadores, pois as várias instituições sociais têm dificuldade para trabalhar em conjunto.

> P2: "É muito difícil! Eu trabalhei com essa abordagem no CAPS AD falando da doença como se fosse um câncer e a responsabilização das pessoas, é o discurso deles. O CAPS álcool e drogas fala sobre álcool e drogas, é esse discurso dele. Acho que são estratégias, mas mais do que estratégias é paciência (...). A mesma coisa é essa intersetorialidade, quando você escuta a pessoa de outros lugares, (...) falando 'ela quer só droga e é isso aí'".
>
> P7: "Na esperança de que eles vão nos ajudar, principalmente ajudar com o manejo mas se eles desistem a gente fica sozinho."

Foi no espaço destas 03 oficinas que os trabalhadores se dividiram em grupos para, com o apoio do roteiro, construir o projeto de implementação para a sua UBS. O feedback destas práticas foi feito no espaço das oficinas, mas também por e-mail, com a indicação de leituras para ampliar a crítica[31,32,33]. Como resultado,

---

[31]Oliveira E, Souza GC, Soares CB. Pesquisa-ação: oficinas emancipatórias como instrumento para coleta de dados e apreensão das representações cotidianas. Sociologia em rede. 2015,05(05):03-11. Disponível em: http://redelp.net/revistas/index.php/rsr/article/view/2soares5

[32]Lachtim SAF, Soares CB. Valores atribuídos ao trabalho e expectativa de futuro: como os jovens se posicionam?. Trabalho, Educação e Saúde. 2011;9(2): 277-294. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200007

se obteve 04 projetos de implementação: 1) formação de professoras do ensino fundamental de um CEU; 2) formação de trabalhadores da UBS para atendimento de pessoas em situação de rua; 3) fortalecimento de jovens escolares na identificação e resposta às suas necessidades; 4) instrumentalização de jovens em medida socio-educativa sobre seus direitos sociais.

As 04 propostas de projetos foram tema das 03 oficinas posteriores, detalhando-se as dificuldades e estratégias apontadas pelos participantes.

Assim, a **Oficina 11** deu continuidade à construção dos projetos de implementação, com a intencionalidade de discutir os tópicos do roteiro. Nesse momento, os trabalhadores já haviam se reunido com seus colegas nos serviços e compartilhado a tarefa de construção das práticas. Dessa forma, eles retornaram nesta oficina com o roteiro parcialmente preenchido e com algumas questões pendentes.

Esta oficina será apresentada de acordo com as práticas que foram construídas pelos participantes.

Formação de trabalhadores UBS para atendimento de pessoas em situação de rua - Bairros: Mooca e Pari.

A discussão feita por esse grupo partiu da identificação da necessidade de atendimento humanizado às pessoas em situação de rua, que fazem uso abusivo do álcool. Para concretizar o cuidado humanizado seria necessário compreender as questões sociais que fazem parte do contexto de morar na rua.

> P3: “Essa informação fica muito na subjetividade porque não é nada aberto, nenhum profissional fala: ‘vai embora porque eu não quero atender’, tem a questão do cansaço, da canseira que é danada, (...) que a pessoa acaba se sentindo um pouco fora do ambiente ou só vão [à UBS] com a nossa presença [trabalhadores do consultório na rua] porque sabem que vai ser mais rápido, não vai ter aquela canseirinha. Muitas vezes a gente faz o direito valer estando junto.”

Fortalecimento de jovens escolares na identificação e resposta às suas necessidades - Bairro: Sapopemba.

---

[33]Campos, CMS. Reconhecimento das necessidades de saúde dos adolescentes. In: Borges ALV, Fujimore E. Organizadora. Enfermagem e a saúde do adolescente (org). São Paulo: Manole; 2009. p.143-167.

Discutiu-se juventude e perspectiva de futuro, tendo como necessidade em saúde a ampliação da sociabilidade notadamente pelo lazer, melhoria da socialização, principalmente através da escola, além da melhoria nas condições de vida e trabalho das famílias dos jovens.

Num primeiro momento, os trabalhadores desse grupo tiveram dificuldade para elencar as necessidades em saúde do grupo e decidiram partir da identificação de problemas latentes no seu dia a dia de trabalho:

> P4: "a preocupação nossa inicial é o consumo abusivo de drogas na adolescência e o índice de overdose (...) dos relatos que chegam para gente, até da praça da UBS, às vezes chega para gente porque tem uma praça bem em frente à UBS que eles ficam consumindo, então às vezes eles passam mal e vão para a UBS também e a gente percebe que sempre está tendo um aumento."

Ao longo da problematização, buscou-se compreender quais são as necessidades em saúde que se encontravam na raiz dos problemas levantados:

> PQ3: Não é que a gente não saiba que nesses territórios tem narcotráfico, ele se abriga, porque ele fica mais invisível, ele tem uma mão de obra que necessariamente precisa entrar no mercado, então ele oferece esses aviões e também vai buscar o usuário que não tem o que fazer, não tem escola, não tem área de lazer. Muitos falam para gente: 'eu não tenho o que fazer'. É a droga mesmo para usar, também tem todos os desafios, a novidade, tem um monte de coisas aí, hoje sabe isso. Só de dizer que você tem esses espaços já é representativo, mas é bom dizer: "olha, existe um mapeamento, existem esses pontos de drogas que já são mapeados, conhecidos". Vão escorrendo para não ficar parecendo no projeto que é só uma fala superficial, "bairro da periferia alguém falou, alguém disse". Não, e se você tiver notícias de jornal, se você tiver dados de alguma fonte de uso você agrega também porque muitas vezes aparece uma reportagem, aparece o dado, não notificação de overdose, mas tem notificação de algum agravo. Estão, vai escolhendo, eu penso que são essas as fontes que permitem.

A problematização levantou a falta de perspectiva de futuro e recursos de educação e lazer:

> P11: "Nossa população é uma população jovem adulta, na sua grande formação e essa questão a preocupação Inicial é associada à questão da drogadição com o aumento da violência. Esse aumento da violência pelo uso abusivo de drogas, pela questão do poder, questão de status dentro do território. (...) Eles amarraram essa questão com a educação porque todas estas gestantes estão fora da escola"

> PQ3: "As condições não mudam, as coisas repetem, repete comportamento. Então, repete comportamento quase que naturalisticamente não tem uma possibilidade de uma reflexão, nada puxa para cair a ficha, nem a família, nem a escola, nem o trabalho, não tem recurso gente. Ela vai repetir quase

> que natural, assim como um animal, ela vai repetir a resposta às aflições como um instinto, como a gente repete vários comportamentos muito instintivamente."

> P1: "Na minha visão do que a gente vive, se você comparar a menina com o menino é a mesma coisa só que ele vai para a droga e ela vai fazer filho. É uma coisa de status, e aí assim a gente tem aquela coisa da identidade do sujeito, não tem identidade do sujeito, porque não tem. Como que eu vou referenciar? Estão, a identidade é coletiva, o sujeito é coletivo, fica difícil parar porque gente tem que ressignificar alguma coisa, preciso partir de um ponto, da onde que eu vou partir? (...) Porque que ele sai do ponto, porque ele sai desse ponto? Esse é que tem que ser estudado. Por que quê ele sai desse ponto? Tem essa crítica? porque lá é tudo normal."

> PQ3: "Então, existe uma falsa expectativa delas, tanto do possível companheiro quanto do que é esse status que ela vai ganhar, status nesse sentido de que é uma coisa diferente, é uma coisa que é delas, é uma coisa 'eu vou ser mãe', é uma ilusão. Me preocupou bastante no sentido de como também tem intervenção para isso, como é que a gente pode fortalecer essas meninas para elas entenderem de antemão que é o que os nossos filhos tem. Por que tem? porque a gente tem o debate com eles, a escola tem um debate com eles do que que é valor, porque eles têm expectativas de acessar esse valor que é diferente, é o valor da escola, da profissão e essas meninas não tem expectativa de acessar esse valor então fica naquilo muito pontual."

Formação de professoras do ensino fundamental de um Centro Educacional Unificado (CEU) - Bairro: Penha.

Necessidades identificadas: melhoria da sociabilidade, das condições de trabalho e vida dos jovens, que acabam por consumir drogas muito cedo, e presença do Estado na forma de ações de proteção social nesses locais. A discussão também partiu da identificação do problema, trazido pelos trabalhadores do CEU, que estão preocupados com o uso de drogas por adolescentes na escola.

> P1: "Na nossa discussão ficou, "quem são essas pessoas?". Tem uma fala no final do encontro "a gente precisa falar sobre drogas", ponto, "tem uma coisa séria aqui na escola", mas a gente não sabe o que é esse 'sério'. O entorno, tudo aquilo que a gente conhece também não dá para negar, mas assim, o que que é esse problema que tá acontecendo? Para procurar melhor que a questão da droga dentro do CEU."

Falou-se sobre a ausência de redes de suporte aos jovens e a negligência das instituições:

> P1: "Até porque todos os recursos públicos que poderiam dar suporte eles estão nem aí, essa é a palavra, eles estão nem aí, nem aparecem, não sabem. Quando você ouve uma comunidade que tem uma associação da comunidade é super interessante mas tem unidade que a gente não tem.

Instrumentalização de jovens em medida sócioeducativa sobre seus direitos sociais - Bairro: Jardim Ângela.

Necessidades identificadas: melhorias na sociabilidade, condições de trabalho, educação, cultura, lazer e vida dos adolescentes e jovens do território e construção de rede de suporte social no território.

> P9: "Quando a gente vai olhar os indicadores, da onde que a gente vai tirar dados? Da vivência do dia a dia no território que está vindo para todos nós, 55 pacientes em uso abusivo de álcool e drogas, mas aqui é subnotificado. Nossa intenção é trabalhar com os jovens que estão em condição de liberdade assistida no CEDECA.(...) nós sentamos [com o CEDECA] para ter um espaço para a gente ter atividade lúdica com as crianças (...) é uma das coisas que a gente vê que eles não têm perspectiva de futuro nenhuma. 'O que você quer ser quando crescer?' Eles não sabem responder! (...) 'O que você gosta de fazer? Eu gosto de ficar na rua.'"
>
> PQ3: "A maioria fala que o que tem para fazer é ficar na rua usando drogas (...). Vale colocar a experiência de vocês, dos pontos de venda, do tanto que se ouve falar, vale a gente agregar esse dado porque às vezes não tem mesmo, não tem dado, não tem notícia de Jornal porque é uma coisa que naturalizou e também são espaços muito invisíveis. Ninguém se preocupa com isso."
>
> P9: "Eu considerei a equipe como parte do projeto, acho que isso é uma realidade do nosso território e algumas agentes comunitárias, duas enfermeiras, assistentes sociais interessados e três médicos."

Os participantes expressaram dificuldades de lidar com outros serviços voltados para os jovens:

> P9: "A ideia Inicial era trazer o CEDECA e se tivermos dificuldade de trazer os meninos até a unidade de saúde nós iremos ao espaço onde eles estão. A minha preocupação maior é a questão do CAPS, que não tem esse entendimento, que eles têm que sair do território."
>
> PQ3: "A equipe da Mooca deixou o CAPS de fora porque tem aquela perspectiva da dependência química que é muito forte e acaba prejudicando a conversa com eles."
>
> P9: "As meninas do próprio CEDECA falaram que foram lá para fazer uma parceria com o CAPS álcool e drogas e as portas estavam fechadas. (...) a gente pode até colocar para eles irem em algum momento, mas não consegue fazer parte do projeto."
>
> PQ3: "A gente já percebeu que com raras exceções eles se posicionam de uma forma tão na dependência química que conversar com outras abordagens é extremamente difícil, então não se preocupe, (...) às vezes ele vai atrapalhar porque se afasta do Social e puxa para a questão química, ele particulariza demais."

> P9: “Quando a gente fala da questão dos objetivos esperados essa questão emancipatória, foi isso que nós discutimos lá e nós pensamos em três eixos. A gente discute com esse adolescente, a família deve estar junto e a construção da rede de suporte social, primeiro individualmente depois coletivo para (...) falar sobre os direitos sociais (...) e construir estratégias emancipatória para esses jovens.”

A **Oficina 12** teve o objetivo de ampliar a discussão sobre necessidades em saúde e contou com a participação da professora Célia Maria Sivalli Campos. Este momento não estava previsto no cronograma inicial, porém, conforme os trabalhadores foram discutindo os problemas dos territórios, verificou-se a dificuldade de definir necessidades em saúde, ou seja, de responder à indagação sobre quais necessidades estariam na raiz dos problemas levantados. Dessa forma, as práticas pretendidas poderiam ir além das carências de serviços de saúde.

Para introduzir a discussão sobre necessidades em saúde, a pesquisadora convidada iniciou sua reflexão trazendo aos trabalhadores a discussão sobre reprodução social, fator intrínseco às necessidades em saúde:

> PQ4: “Então, a possibilidade de consumo é consequência de uma possibilidade de renda, pode ser com base legal ou ilegal. Então, a gente vai dizer que isso que se ouve bastante, da questão do estilo de vida, as nossas possibilidades têm a ver com o nosso estilo de vida, mas a gente não nasce com estilo de vida, estilo de vida ele é consequência da nossa inserção neste âmbito que é da produção, que é do trabalho ou da desinserção do trabalho, desemprego, aí a gente tem uma possibilidade de responder às necessidades e aos desejos (...). Então, nós vamos dizer assim, que dependendo do jeito (...), como os grupos sociais se organizam é aí que estão as raízes das necessidades, sejam elas necessidades que a gente precisa para se manter vivo ou para sociedade se reproduzir, não só biologicamente mas reproduzir as formas de viver, as formas culturais, as formas de trocar, de se solidarizar, tudo isso é a forma de reprodução social.”

O excerto acima levou os grupos a refletirem sobre as possibilidades de reprodução social das frações de classes, o que perpassa o modo como as pessoas se relacionam e reproduzem a vida. A reprodução social acontece em função da inserção no trabalho. Em contextos de inserção social dos mais pobres, dos mais, explorados, precarizados, e como esta população fica com a vida restrita a contextos sociais marginalizados. precarizados, e de baixa remuneração o acesso a bens e serviços também fica mais.

> PQ4: “Qual é o primordial? A característica principal do capitalismo (...), a gente fala é o lucro, a característica desse modo de produção é lucro, mas o lucro ele se faz com a expropriação, com a exploração do trabalho humano.”

> P1: “No meu caso isso vem antes, pra você conseguir ter o emprego você precisa de pelo menos, no mínimo uma condição mínima de sobrevivência que em alguns lugares que a gente assisti não tem essa mínima condição de sobrevivência.”
>
> PQ4: “Porque é na forma de se reproduzir socialmente que estão as necessidades.”

Os participantes passaram a entender melhor o papel do Estado na sociedade:

> P3: “Como a senhora falou sobre o ideal do salário mínimo, o ideal do salário mínimo seria valor para alguém acessar muitas coisas e as outras seriam acessadas pelo Estado.”
>
> PQ4: “O que seria acessado pelo Estado?”
>
> P3: “Educação, lazer. O estado morde uma boa parte nos impostos mas não nos devolve o que deveria.”
>
> PQ4: “É verdade, ele morde. Onde vem os impostos além do Imposto de Renda que é 27%?”

Uma vez já realizada a introdução às necessidades em saúde por meio da discussão sobre reprodução social, tentou-se trazer exemplos para o cotidiano dos trabalhadores:

> PQ4: “Na saúde, com o quê que a gente responde às necessidades de saúde? O que são necessidades básicas? São necessidades de saúde? Se eu perguntasse para vocês, lá na unidade onde vocês trabalham, o que vocês acham que seria necessário para que todos os moradores da área de abrangência da unidade básica de saúde tivessem saúde, o que seria necessário? Quais seriam as necessidades para que todos tivessem saúde?”
>
> P1: “Que todos tivessem a mesma condição sanitária.”
>
> P2: “Básicos, saneamento básico”
>
> P1: “Educação, segurança.”

Aos poucos, procurou-se ampliar a discussão, com perguntas para estimular a reflexão e a crítica, procurando ir além da aparência, da superficialidade e buscando respostas centradas nas raízes do problema.

> PQ4: “Necessidades nascem, estão lá, a gente tem que olhar pra origem, na raiz das necessidades, elas são germinadas no modo como a sociedade vive, organiza, reproduz, por isso que em cada formação social as necessidades são diferentes, além delas serem diferentes elas também são desiguais, o que responde às necessidades é desigual dependendo.”

> PQ4: “Para as pessoas terem saúde precisa do ensino médio? (...) Tudo começaria com a questão de ter uma inserção no trabalho, daí teria condições de moradia?”
>
> P1: “Aprender sobre as políticas de cidadania poder brigar pelas próprias necessidades, lutar pelos seus direitos, pelas suas condições de vida, condições de saúde.”
>
> PQ4: “Necessidades em saúde não se responde apenas com Serviços de Saúde, mas para nós, social, porque necessidades de saúde é sinônimo e não é, tem que ter: escola; tem que ter acesso a serviços de infraestrutura; tem que ter emprego e para melhorar as condições do bairro, canalização de córrego, ter acesso à água. A população precisa se mobilizar, tem que ter uma luta, tem que ter moradia e tudo mais e fazer e ter estranhamentos (...). Mas é isso que têm que ter, mobilização em luta também porque é sempre um jogo. O Estado ele está junto, ele defendia interesses e não necessidade, tem que pôr na luta as necessidades, tem que pôr em jogo porque ele responde a interesses (...) Então não vem de graça o Estado ele representa uma certa um certo grupo social representa os interesses do Capital.
>
> PQ4: “Necessidades de saúde são necessidades que estão localizadas na esfera da reprodução social e a gente vai olhar nas condições de trabalho e nas condições de vida, depois nós vamos olhar na esfera das necessidades da presença do estado que está dentro das condições de reprodução social, mas ela é tão grande, especificamente nas periferias, (...) é isso o Estado tem que bancar (...) para garantir os serviços sociais é necessário mobilização nesta três esferas (...) cobrar do Estado a pavimentação de rua, iluminação, canalização de Córrego, limpeza de Córrego que às vezes fica transbordando da enchente. Então, estas são as ferramentas que a gente tem [educação emancipatória] na área da saúde, a gente não tem ferramenta para mexer no trabalho, melhorar o salário das pessoas (...) mas podemos promover a alfabetização, isso não é da área da saúde, mas podemos mobilizar a população para ir atrás.”

Neste ponto, os trabalhadores foram convidados a pensar em práticas educativas na APS, a partir de exemplos expostos em capítulos de livro sobre o tema:

a) Campos CMS. Reconhecimento das necessidades de saúde dos adolescentes. In: Borges ALV, Fujimori E, organizadoras. Enfermagem e a saúde do adolescente. São Paulo: Manole; 2009. p.143-167.

b) Campos CMS, Soares CB. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: Soares CB, Campos CMS, organizadoras. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013. p. 265-292.

> PQ4: “A gente olha para esses jovens (...) que não tem emprego ou que vão pro pancadão porque não têm nada mais interessante para fazer, estão tendo

> filhos porque não tem projeto de futuro, e se a gente pudesse mobilizar a população para fazer serviços culturais? É uma questão de uma necessidade. Vamos deixar de trabalhar o pré-natal com adolescente? Não, mas também não vamos parar aí. É o que dá para fazer, não é para culpar trabalhador de jeito nenhum, mas é por esses projetos em disputa. (...) Nesse grupo com os jovens, o que você menos vai falar é da questão de drogas, você vai falar das características da Juventude, de como é que são os valores contemporâneos (...). A partir sempre dessa discussão podemos usar filme, música com rap e mostrando o que que está na raiz dos problemas (...) então aí os projetos seria a trabalhar com os trabalhadores que trabalham com jovens, 'o que vocês fazem no final de semana? O que que tem para fazer no bairro? Qual é o projeto que vocês têm pro futuro? O quê que seria legal ter? Será que a gente consegue ver com a Secretaria da Cultura transporte levar uma pessoa para outro bairro?'. Quero um centro que tenha teatro, não é unidade básica de saúde que vai fazer mas pode ajudar com o teatro do oprimido, junto com as professoras, com os outros alunos, mas como é que vai fazer teatro? Tem que ter gente oficineiro, não somos nós que vamos fazer.

Esta oficina encerrou-se com o chamamento do Estado para assumir tarefas de bem estar social, ou seja, tarefas de redistribuição da riqueza e de proteção social, bem como o chamamento dos trabalhadores para cobrar a atuação do Estado:

> PQ4: "Nós estamos olhando um aspecto de um problema, claro que tem a ver com as necessidades, mas o que a gente tem alcance de fazer aqui é olhar uma parte de um problema que está instaurado. A gente tem instrumentos na saúde para responder, para fazer um recorte, pegando uma fatia do problema que é consequência das necessidades geradas. O que a gente mais consegue grudar no serviço é o problema, mas sempre em vista das necessidades, daí eu consigo analisar e ver o que mais que a gente pode mobilizar, tanto pelas ações intersetoriais quanto pela mobilização.

A **última oficina** teve o propósito de esclarecer dúvidas e apoiar os trabalhadores na finalização dos projetos.

Como reflexo do encontro anterior, quando se discutiram as necessidades em saúde, verificou-se que os trabalhadores apresentaram maior clareza na identificação das necessidades em saúde, presentes nos territórios, e que estavam intimamente ligadas aos problemas levantados por eles nos projetos de implementação. Perceberam-se também melhorias quanto à formulação de propostas de projetos e práticas em respostas a estas necessidades. As respostas mais recorrentes, quando se tratava do trabalho com jovens, foram pela via da sociabilidade, como exposto em excerto abaixo:

> PQ3: “O grupo lá fez muito, muito interessante, conseguiu dar esse pulo do gato, porque eles partem do problema que é o consumo de drogas, mas identificam muito bem a necessidade, que é: a sociabilidade, as condições de trabalho, de educação, de lazer, os espaços de expressão, o pensamento crítico, a rede de suporte. Tudo isso é a necessidade dos jovens, porque ela não está satisfeita, ela vai gerando os problemas que foram identificados.”

> P5: “É o que a gente mais vê, ainda mais nessa população. Tem um exemplo muito legal no Iguaçu também. Um adolescente veio para gente com histórico de abuso na escola, e aí ele se envolveu com tráfico, depois começou a rolar uso de drogas e aí acabou ficando em liberdade assistida, e aí a gente fez uma articulação junto com do CEDECA que é o centro de defesa da Criança e o medida socioeducativa, e aí quando a gente fazia as ações compartilhadas era muito difícil lidar, por conta do histórico dele: ‘eu sou ladrão mesmo, eu sou do tráfico mesmo, eu mato mesmo’, porque assim, ele precisava se auto-afirmar. Magina, foi abusado dentro da escola, a única coisa que sustentava ele, ele perdeu. Ele era um que se debatia muito, muito, muito mesmo, ele era capaz de desestabilizar um grupo em 5 minutos, ele chegava, atiçava e deixava o fogo pegando e aí nós começamos justamente com a estratégia do acolhimento, do acolhimento até mesmo físico. Os adolescentes que chegam para gente, eles não suportam nem serem abraçados. Hoje depois de um tempo, dois anos que a gente trabalhou com ele, ele é um adolescente super potente que agora ele se debate em outros lugares. O último agora foi no acampamento de discussão político da sociedade e ele deu um show, quebrou tudo, é bem isso mesmo que a gente discute. São casos raros que dedicam muito trabalho, às vezes até além do que a gente consegue ofertar, é uma articulação que a gente vai fazemos até nos corredores para não deixar solto alí porque infelizmente não são todos os profissionais que têm este pensamento, assim de que: é uma questão social e não é do adoecimento.”

Encontravam-se ainda muito presentes nos discursos dos participantes, os entraves para a efetiva implementação de práticas não prescritivas e programáticas:

> PQ3: “Precisou muito para você pensar esses recursos? o que precisou em primeiro lugar para você pensar esses recursos? Noção, senso de noção do que tá acontecendo. Por que quê a gente perde a noção desse tanto? Porque o nosso caminho é muito reduzido. Então, é o menino também, ele perde facilmente a noção. Porque os recursos que são disponibilizados para ele são muito reduzidos, a hora que ele saca dos recursos dele, que ele tem potência de vida, que ele tem potência de discussão. Então, a saúde deveria fazer mais esse movimento do que o de medicalização, que a gente faz o tempo todo como se a gente só soubesse fazer isso.”

> P2: “Na básica né, que é a prevenção. Na UBS Mooca não tem grupo, não tem grupo. Então, você pensa: “Não tem grupo, eu tô fazendo o quê”, exame.”

> PQ3: “Tem uma cena complexa diante dela (...) e eu olho para a ferida do pé. Assim, porque eu só tenho potência para aquilo, mas quem é que falou que você só tem potência para ferida? Você acabou de contar um histórico de potência incrível nem precisou de tantos recursos assim, que recursos você utilizou?”

> P5: “Eu vejo muito isso na reunião de matriciamento do NASF (...). Apareceu alguém com alguma fala de pensamento suicida: ‘cadê a referência para o CAPS?’, (...) ‘eu preciso de ajuda, eu tenho dois casos de suicídio’.”
>
> P2: “Porque sofre, o nosso trabalhador sofre. Você escuta que é suicídio, mas agora, o porquê do suicídio?”
>
> PQ3: “Pois é óbvio. Entre angústia por antecipação porque sabe que os recursos que ele tem não vão dar conta, então ele já começa a disparar igual ambulância, liga a ambulância: “não tenho recurso, não tenho recurso para isso”, ele liga o registro desesperador que ele não tem recurso, que ele não sabe lidar com aquilo.”
>
> P5: “E como é difícil falar sobre isso, é super difícil falar sobre isso, as pessoas fogem. Eu estava num grupo dentro do NASF (...). Nós levamos a demanda de fim de ano (...) para gente discutir saúde do trabalhador e processo de trabalho, só que assim, incrível como as pessoas falam ‘e as gestantes drogaditas?’, ‘mas e os casos de dengue’, ‘não gente, a gente já discutiu, vamos discutir sobre o nosso processo de trabalho!’. As pessoas têm muitas dificuldades de falar sobre isso, muito (...) as pessoas não querem falar sobre dificuldades e não percebem o quanto isso é adoecedor, eu fico indignada, as pessoas não gostam de se indispor, de se expor, de tocar na ferida.”
>
> PQ3: “Não é interessante também a gente prever o nosso trabalho neste projeto de implementação, que a gente discuta um pouco o trabalho com os colegas? Porque de repente a gente descobre aqueles que estão se debatendo, descobre aqueles que se põe no lugar da fragilidade e na verdade tem potência para muitas coisas e eu acho que poderíamos pensar que este é um caminho Interessante, não só discutir o problema e a necessidade dos usuários, mas a nossa. Por que? Porque a gente acabou de falar que estes recursos estão escondidos pelo aparato biomédico, por essa necessidade asséptica de receber pessoas prontas para receber a nossa missão, como se elas viessem ao médico e deixassem seus problemas em casa: ‘agora eu vou pro médico’, ‘eu quero uma pessoa limpinha’, limpinha em todos os sentidos, com prontidão para me receber, para aderir. A gente adora falar adesão, gente, não aguento adesão: (...) gente, o que que é adesão? Adesão é submissão a gente podia, pelo menos, refletir sobre o que está dizendo.”

As contradições no processo de trabalho da APS foram mostradas de forma recorrente, podendo ser notadas na exposição das angústias vividas pelos trabalhadores, como nos excertos acima. Deve-se pontuar, uma vez mais, a formação hegemônica de suas profissões em concordância com a estruturação dos processos de trabalho da APS, constituídas para restabelecer os corpos doentes e manter o *status quo* da sociedade capitalista. Esta macroestrutura condiciona os trabalhadores a replicarem esta mesma lógica para a população que atende, gerando cobranças individuais (ex: mudança de hábitos de vida) e promovendo

angústias quando os trabalhadores se veem exercendo um trabalho limitado e de pouca transformação.

Esta discussão se encerrou neste momento da pesquisa e os projetos foram discutidos um a um discussão de dúvidas, formalizando-se a construção de quatro projetos, composto por práticas emancipatórias voltadas para a resolução dos problemas eleitos pelos trabalhadores, que serão expostas em detalhe no Quadro 06:

1) Formação de professoras do ensino fundamental de um Centro Educacional Unificado (CEU) -Bairro: Penha;

2) Fortalecimento de jovens escolares na identificação e resposta às suas necessidades - Bairro: Sapopemba;

3) Formação de trabalhadores da UBS para atendimento de pessoas em situação de rua - Bairro: Mooca e Pari;

4) Instrumentalização de jovens em medida socioeducativa sobre seus direitos sociais - Bairro: Jardim Ângela.

6.2 PROPOSIÇÃO DE PRÁTICAS EMANCIPATÓRIAS CONSTRUÍDAS PELOS TRABALHADORES

Quadro 06 – Detalhamento das práticas construídas pelos trabalhadores durante processo educativo.

Região	Diagnóstico	Planejamento estratégico						Implementação da ação			Revisão do processo
	Necessidade dos grupos sociais	**População**	**Trabalhadores envolvidos e rede de apoio**	**Finalidade do projeto**	**Objetivos**	**Práticas emancipatórias eleitas**	**Estrutura e recuros**	**Local da ação**	**Estratégias de implementação**	**Cronograma**	**Avaliação do processo**
PENHA	- Melhoria da sociabilidade, das condições de trabalho e vida dos jovens que acabam por consumir drogas muito cedo. - Presença do Estado nestes locais.	- Crianças, estudantes do CEU Tiquatira; - Professores do CEU.	Professores do CEU Tiquatira, trabalhadores do PSF e trabalhadores CAPS AD	- Promover a emancipação e fortalecimento de grupos juvenis; - Fortalecer os professores da EMEF para que estes compreendam a raiz do problema do uso das drogas.	- Estimular rede Intersetorial para enfrentamento da situação problema; - Estabelecer espaço de debate e desenvolvimento de ações preventivas, de fortalecimento dos jovens e de suas famílias.	**Professores**: Realizar oficinas mensais de educação emancipatória para professores e demais atores; **Alunos:** Realizar eventos mobilizadores com os alunos e pais para fortalecimento das práticas e ações emancipatórias (cronograma a ser definido).	CEU Tiquatira	Tanto na ação direcionado aos professores quanto na ação voltada aos jovens o local disponível é o CEU Tiquatira	Professores: Reuniões mensais com professores e trabalhadores da saúde com objetivo de desenvolver atividades e estratégias mobilizadoras para implementação e monitoramento das ações, como também, instrumentalizar a equipe para lidar com demandas que chegam ao cotidiano escolar. **Alunos:** Desenvolver jogos interativos, vivências, Sarau, vídeos, cinema, roda de conversa, fotos, Jogo "Cidade Dorme", teatro que possibilitem os alunos tratar o tema de forma lúdica e informal, sendo os atores das ações que os impulsionem para o processo de autonomia e cidadania.	**Professores:** as oficinas acontecerão mensalmente dentro do Projeto "Amigo Professor", os temas serão propostos pela equipe de professores e desenvolvidos pela equipe de Saúde. **Alunos:** Oficinas semanais	Importante que a avaliação vá além da observação participante, mas que os próprios envolvidos possam avaliar a relevância das práticas implementadas.
SAPOPE-MBA	- Construção de espaços culturais e de lazer. - Presença do Estado nestes espaços.	Jovens escolares	- Os pais dos jovens; - Trabalhadores da UBS; - CEDECA; - CAPS AD	Fortalecer grupos juvenis em torno dos seus direitos sociais, para que estes tenham possibilidade de vislumbrar futuro para além do uso de drogas.	- Oferecer espaço de reflexão crítica para mobilização da sociedade com foco para a ampliação das condições de saúde e sociabilidade dos jovens	Oficinas emancipatórias e valorização de expressões de talento	Uso de espaços públicos, como teatro, bibliotecas, praças e parques.	UBS, escolas da região e espaços públicos.	- Oficinas emancipatórias na escola para os jovens; - Apropriação de espaços culturais/públicos; - Oficinas mensais de reflexão crítica nas escolas envolvendo pais e professores.	Oficinas mensais nas escolas para os jovens em parceria com o CAPS e o CEDECA e mobilização de pais e alunos para ocupação de espaços públicos periodicamente	Acompanhamento semestral com os jovens.

MOOCA E PARI	Atendimento humanizado às pessoas em situação de rua que fazem uso abusivo do álcool, através da compreensão das questões sociais que permeiam a vida na rua.	Homens em situação de rua	- Moradores da região; - População em situação de rua; - Trabalhadores dos Alcoólicos anônimos; - Trabalhadores da UBS e do consultório de rua.	- Fortalecer os moradores de rua para que se organizem em torno de direitos sociais - Desconstruir estigmas e preconceitos que os trabalhadores possam ter e que dificultam o acesso desta população a serviços de saúde.	- Sensibilizar a equipe e os profissionais para acolher as pessoas em situação de rua que fazem uso abusivo de drogas; - Promover a discussão entre os trabalhadores da UBS sobre os direitos dos moradores em situação de rua. - Cobrar a presença do Estado por meio de coletivos que reivindiquem moradia e trabalho para a população em situação de rua.	Oficinas emancipatórias para discussão das questões sociais envolvidas na questão do consumo de drogas de forma a elaborar práticas mobilizadoras e de detecção e expressão de talentos entre os que estão em situação de rua.	Espaço para reunir os trabalhadores para realização das oficinas.	UBS Mooca e Pari	**População em situação de rua**: teatro do oprimido para sensibilização sobre a temática; Jogo cidade dorme para discussão sobre os mitos que envolvem o álcool. **Trabalhadores**: palestras para instrumentalização dos funcionários do AA, UBS e CAPS AD; teatro do oprimido para sensibilização sobre a temática; Jogo cidade dorme para discussão sobre os mitos que envolvem o álcool; Uso de ferramentas auxiliadoras como: "Caderno de educação sobre drogas: como trabalhar com jovens".	Oficinas mensais com uso de teatro e outras estratégias	Avaliação qualitativa das oficinas
JARDIM ÂNGELA	- Melhorias na sociabilidade, condições de trabalho, educação, cultura, lazer e vida dos adolescentes e jovens do território; - Construção de rede de suporte social no território;	Jovens em liberdade assistida	UBS/NASF/PAVS; CEDECA/MSE; CRAS/CREAS; direitos humanos; comunidade (adolescentes líderes comunitários/associação de moradores, conselho gestor, pessoas em uso de álcool e outras drogas); aproximação com o poder público.	Promover a emancipação e fortalecimento de grupos juvenis acerca de seus deveres e direitos, empoderamento na ampliação da rede de suporte social e construção de estratégias de promoção e prevenção de agravos à saúde.	Instrumentalizar os jovens e adolescentes em relação aos seus direitos sociais; promover a mobilização coletiva e expressão cultural; criar espaços acessíveis e de construção coletiva para melhorias no território.	Oficinas emancipatórias com participação dos diferentes parceiros envolvidos e ocupação de espaços públicos culturais e de suporte à criança e adolescente	Parceria e articulação em rede para salas/locais onde os grupos serão realizados; parceria com o poder público para financiamento das ações (materiais de escritório: papéis diversos, canetas, tintas, pincéis); aparelho de som; lanches; disponibilidade de veículo para passeio.	UBS e espaços públicos	Construção de ecomapa; psicodrama; oficina de expressão (poesia, música, desenho, etc); oficinas sobre direitos sociais; reconhecimento dos espaços públicos e rede de suporte; discussão sobre projeção de futuro.	10 encontros semanais seguidos com duração de 1h30 cada; local circulante nos espaços públicos, equipamentos de saúde e suporte social.	Avaliação processual e coletiva com os participantes; reuniões de Rede; reavaliação final em grupo.

7 Discussão

7 DISCUSSÃO

A construção de práticas de RD, como afirmação do movimento social antiproibicionista, que busca a crítica e a transformação das desigualdades sociais e em saúde, ainda se mostra um enorme desafio na saúde e particularmente na APS, pois requer que os envolvidos nas práticas estejam familiarizados com referenciais críticos, progressistas e humanistas, capazes de incentivar o resgate de dimensões extra-clínicas, geralmente apartadas da atenção à saúde. Nota-se, no entanto a ampliação progressiva dos campos de saber que tomam a RD como objeto das práticas; para além da saúde pública e da psiquiatria, é crescente a presença da psicologia, da saúde coletiva, das ciências sociais, da antropologia, do serviço social e da criminologia crítica, o que favorece a ampliação do alcance da RD em direção às questões que estão na base do consumo de drogas (Santos, Soares, Campos, 2010).

Esta investigação adota o referencial da saúde coletiva, que incentiva a ampliação das práticas de RDE, promovendo a articulação dos problemas oriundos do uso abusivo de drogas com a totalidade social. Buscou-se reconhecer a realidade dos serviços, a organização dos territórios e o conhecimento prévio dos envolvidos sobre o fenômeno das drogas.

Este estudo partiu do pressuposto de que a articulação entre conhecimento científico e experiência nos serviços de APS constitui situação potencial para avaliar práticas baseadas em evidências, e contribuir para a elaboração de práticas contextualizadas à realidade das grandes metrópoles brasileiras, passíveis de recomendação para todos os trabalhadores da APS, com o objetivo de sintetizar a literatura sobre práticas na APS, problematizar as políticas públicas e as práticas existentes e recomendar diretrizes e estratégias para a construção de práticas emancipatórias, a serem implementadas na APS, relativas ao consumo problemático de drogas.

Para tanto, iniciou-se com a busca bibliográfica de forma a responder à pergunta da revisão: quais as características dos programas e práticas exitosos voltados à educação e /ou prevenção de drogas no âmbito da atenção primária em saúde? A síntese de evidências mostrou que, embora as práticas e programas ainda sejam orientados pelo risco social ou individual, algumas abordagens progressistas,

utilizando o método participativo, mostram bons resultados na prevenção e educação sobre drogas, como: o efetivo envolvimento de pessoas-chave durante a elaboração e implementação do processo (gestores de saúde; lideranças locais; comerciantes); e o envolvimento de familiares e comunidade.

Estes dados foram apresentados aos trabalhadores participantes do estudo ao longo de 13 encontros, procurando-se promover sucessivas aproximações com o referencial da saúde coletiva, de forma a concretizar o objetivo proposto relativo a esta etapa da pesquisa, que era a de instrumentalizar trabalhadores da saúde para implementação de práticas emancipatórias.

Num primeiro momento os trabalhadores apresentaram estranhamento com a atividade proposta, principalmente por se sentirem pouco confortáveis ao falarem sobre as práticas diárias da APS de forma crítica. Esse desconforto se mostrou mais forte quando, no início das oficinas, se propôs discussão sobre o processo de trabalho na ESF. Com o desenrolar das oficinas, porém, os trabalhadores se sentiram mais confortáveis, principalmente para apresentar suas aflições e angústias quanto às limitações de sua atuação, expondo um processo de trabalho fragmentado,bem como formação em serviço baseada na multifatorialidade.

Ao exporem as fragilidades do processo de trabalho na área das drogas, os participantes denunciaram a falta de familiaridade quanto às questões que estão na cadeia de produção, distribuição e consumo de drogas dos trabalhadores da APS. O que se pode constatar, a partir da participação da maioria dos envolvidos nas oficinas, é que os participantes tinham compreensão da complexidade das questões relativas à droga, mas não podiam arquitetar teoricamente como a totalidade social vai conformando a determinação social do consumo de drogas. Ademias não se sabia como agir diante dessa compreensão a diante do objeto de trabalho que é tomado pela na APS, em geral está direcionado para as patologias. A mesma denúncia já foi feita em avaliações anteriores por Garofalo, Soares e Cordeiro (2015), que em avaliação de programa de RD, da cidade de São Paulo, constataram que os trabalhadores envolvidos diretamente no cuidado de pessoas que fazem uso de drogas não estavam alinhados com o modelo de RD, havendo pouca clareza quanto aos objetivos e relevâncias das atividades que exerciam.

Em relação aos desafios da PDE, observou-se que, ao longo do processo educativo, houve diminuição da frequência dos trabalhadores. Assim se inicialmente contávamos com 17 participantes, no final eram apenas 10 trabalhadores os que de fato contribuíram para as 04 proposições de projetos de implementação; desses, cinco são gestores de unidade. Em contato com os trabalhadores que estavam se ausentando, estes relataram não participar mais, por estarem cumprindo outras tarefas na unidade, como cobertura de férias e agenda de consultas, o que impossibilitava a participação das oficinas.

Essa dificuldade em participar de espaços educativos, para além das tarefas desenvolvidas na unidade de trabalho, reitera a discussão sobre a falta de espaço e a sobrecarga de trabalho que impossibilitam o trabalhador de participar de momentos de leitura e discussão crítica do trabalho na APS.

Os projetos foram construídos com os participantes que puderam participar até o final, com o auxílio do roteiro, que está na no Apêndice C e que propõe 04 etapas: 1) avaliação dos pontos fortes e as necessidades dos grupos sociais do território de abrangência da UBS (diagnóstico); 2) planejamento da abordagem e como implementá-la (planejamento estratégico); 3) implementação propriamente dita (processo em si); 4) desenvolvimento de um quadro abrangente para avaliação e reflexão (revisão do processo).

A primeira etapa primou pelo levantamento de problemas sociais e por interpretar, a partir da teoria da determinação social da saúde, quais são as necessidades dos grupos sociais, que estão na raiz desses problemas. Para levantamento destas necessidades solicitou-se que os participantes se articulassem com os colegas nas unidades em que trabalham, a fim de que fossem eleitos os problemas dos grupos que vivem nos territórios de atuação da unidade. Os projetos possibilitaram identificar as seguintes necessidades em saúde que estão na base do consumo problemático de drogas: ausência de sociabilidade, espaços de lazer e cultura nos territórios; limitações e contradições das diretrizes, políticas públicas e práticas em saúde; ausência de rede de suporte social no território, entre outras.

Referente à segunda etapa, a de planejamento estratégico, identificou-se os grupos sociais dos territórios que estariam mais diretamente envolvidos nas necessidades detectadas: jovens em idade escolar, homens em situação de rua e

professores da rede pública de educação. Cada grupo escolheu a população com que de fato tem contato no cotidiano do trabalho, o que tornava os projetos plausíveis de serem efetivados. Esta etapa foi importante para determinar os objetivos e finalidades das práticas. Em geral, as práticas propunham promoção da emancipação e fortalecimento dos sujeitos, bem como, ampliação da rede de suporte e fortalecimento da rede intersetorial de atendimento.

Na terceira fase do processo, referente à implementação da ação, em se tratando de estratégias de implementação do programa os participantes utilizaram várias referências apresentadas durante os 13 encontros, como: oficinas emancipatórias e o jogo “cidade dorme”, mas também outras estratégias, como: sarau; teatro do oprimido; oficinas de expressão, dentre outras. Prima-se pela utilização de estratégias que incentivem a plena participação de todos os envolvidos na ação, para que estes possam, com maior facilidade, expor suas ideias e aflições sem julgamento moral ou restrição à expressão.

A última etapa do projeto compreendeu a revisão e avaliação do processo. A intenção era a de ressaltar a necessidade de processo avaliativo que conte com a participação efetiva daqueles a quem a prática se dirige para promover melhorias em direção à efetiva resposta das necessidades levantadas. Não foi explorado com os trabalhadores ferramentas de avaliação, acredita-se que para esta etapa é necessário maior conhecimento de estratégias e ferramentas.

No desenrolar do processo educativo desenvolvido e da construção das proposições de práticas pode-se observar, pela análise dos depoimentos expressos, que os trabalhadores adensaram a compreensão da perspectiva da determinação social do consumo prejudicial de drogas, bem como os conceitos de redução de danos emancipatória e necessidades em saúde. Demonstraram ainda conhecer os territórios e as limitações das práticas atuais da APS e de seus serviços. Puderam, assim, vislumbrar mudança em suas práticas e na organização dos serviços, mesmo que com necessidade de enfrentamento de inúmeros entraves de ordem organizacional e de formação profissional.

Outra limitação levantada que muito preocupou os trabalhadores refere-se à construção em si destas práticas. Os trabalhadores relataram grande dificuldade de articular o seu trabalho com outras instituições da rede de atenção à saúde, como o

CAPSad, relatando por vezes presença de visão pragmática sobre a área das drogas, o que dificultaria a consolidação de parcerias para realização de projetos emancipatórios, que não patologizam o usuário ou demandam mudança de comportamento.

Cabe considerar também que os desafios da implementação de estratégias de RD no Brasil não se encontram apenas no cotidiano das práticas, eles vão além da formação e atuação dos profissionais. Considera-se que estão principalmente nas resistências políticas à sua implementação e operação, na ausência de integração com instâncias que trabalham com o uso de drogas e educação e na ausência de comunicação com populações vulneráveis de forma a identificar suas necessidades e a colher boas evidências (Fonseca, 2005).

Estes entraves são marcados por correntes que não reconhecem plenamente a política de RD, acusando falta de comprovações científicas que validem as práticas de RD, quando na verdade, o que existe são valores morais que não permitem aceitação do uso de drogas como necessidade. Há ainda movimentos de aceitação parcial, pautados pelo “comportamento de risco” cuja intencionalidade revela ser a diminuição da transmissão de doenças e agravos, chegando-se à abstinência da substância (Machado, Boarini, 2013).

A saúde coletiva assume referencial crítico que rompe com valores morais, reconhecendo as práticas de RD (Soares, 2007) e, à perspectiva de RD pragmática, agrega potencial transformador que busca emancipação e fortalecimento dos grupos sociais, de forma que se propõe a RDE, para nortear práticas e políticas.

As práticas fundamentadas pela perspectiva de RDE, construídas por meio de processo educativo emancipatório, se configuram como práticas políticas ao proporem cuidado coletivo que busca a satisfação das necessidades em saúde dos usuários dos serviços, ou seja, vão além de cuidados individuais e pontuais. Além de também proporcionarem compreensão do processo de trabalho em saúde e maior apropriação do objeto deste processo (Cordeiro, Godoy, Soares, 2014).

Dessa forma, considera-se que o processo desenvolvido responde ao referencial da RDE, ao primar pelo cuidado de coletividades, garantindo a criação de espaços crítico-políticos para o fortalecimento dos envolvidos nas ações.

Para encerrar as oficinas os envolvidos responderam à avaliação sobre o processo educativo (apêndice D), tendo avaliado como positivo o processo de construção dos projetos de implementação, revelando interesse em aprimorá-los e implementá-los em seus serviços; dois grupos, inclusive, já incluíram as práticas no planejamento das equipes para 2018.

Os trabalhadores aspiram pelo contínuo apoio dos pesquisadores, especialmente na etapa de implementação das práticas, por acreditarem que a parceria academia-serviço estabelece vínculo que garante a realização das práticas, apoia a discussão de temas trazidos para o debate durante o processo, bem como do referencial teórico, com o qual têm pouca familiaridade.

8 Considerações finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo desenvolvido por meio das oficinas emancipatórias proporcionou a ampliação do repertório dos participantes sobre a atenção à saúde na área de drogas, culminando na proposição de práticas críticas apoiadas pelo referencial da saúde coletiva, adaptadas à realidade da atenção primária em saúde.

As oficinas emancipatórias possibilitaram ainda que os trabalhadores se localizassem no processo de produção em saúde e se apropriassem das contradições dos processos de trabalho presentes no serviço em que atuam. Dessa forma, mostraram-se fortalecidos para se engajarem na elaboração de planos de trabalho que identifiquem as necessidades em saúde do território, bem como para construir e implementar as ferramentas para responder a essas necessidades. Foi fundamental nesse processo compreender que o problema das drogas é social e que a atuação do setor saúde envolve ferramentas que vão além das práticas clínicas individuais e das proposições da saúde pública em torno das mudanças de comportamento.

Porém, muito ainda precisa ser trabalhado e construído nesta área. Ainda são muitos os receios dos trabalhadores em relação a tomada de decisão de mudanças de práticas em saúde. São limitações oriundas de processos de trabalho disciplinadores, que obstaculizam o espaço e as possibilidades de desenvolvimento de trabalho criativo e crítico. Como visto na revisão da literatura e ratificado pelos envolvidos na pesquisa, poucos são os projetos construídos que buscam identificar os problemas sociais causadores de aflições daqueles atendidos pelas unidades de saúde, quanto menos, propor ações que, de fato, reduzam danos e sofrimento e, mais ousadamente, aglutinem trabalhadores e moradores da região em torno de ações conjunta de enfrentamento das mazelas sociais que se encontram na base dos sofrimentos.

Entende-se como necessária a aproximação frequente com o referencial da saúde coletiva, de forma a buscar transformações na cultura dos serviços, bem como, incentivo à publicação científica de trabalhos críticos do processo de trabalho na APS, para pressionar o estabelecimento de políticas públicas que promovam mudanças efetivas na forma como os serviços se organizam.

Acredita-se que a finalidade proposta pelo estudo foi alcançada: contribuir para a implementação de práticas e políticas na APS, voltadas para o consumo de drogas, ao detalhar processo de construção de projetos na perspectiva emancipatória, que envolveu: referencial teórico emancipatório; sistematização, levantamento bibliográfico; detalhamento das etapas do processo teórico-prático; proposição de quatro práticas de RDE. O detalhamento destas etapas deve auxiliar outros profissionais a se encontrarem no processo de trabalho e diminuir sofrimentos.

Pode-se afirmar que esta pesquisa aponta para perspectivas de trabalho emancipatório, ao mesmo tempo em que intenta abrir possibilidades de ampliação para outros pesquisadores interessados pela temática dos processos de educação em saúde.

9 Referências

9 REFERÊNCIAS

Almeida AH, Trapé CA, Soares CB. Educação em Saúde no trabalho de enfermagem. In: Sores CB, Campos CMS, organizadora. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole. 2013; 293-322.

Andrade TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2011;16(12):4665-4674.

Arruda MSB. A cracolândia muito além do crack [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;2014.

Boiteux L. Tráfico e Constituição: um estudo sobre a atuação da justiça criminal do Rio de Janeiro e de Brasília no crime de tráfico de drogas. Rev. Jur. 2009: 11(94): 1-29.

Boiteux, L. A nova Lei Antidrogas e o aumento da pena do delito de tráfico de entorpecentes. 2006. Disponível em: <http://www.neip.in±o/downloads/luciana/ artigo_drogas_Luciana_Boiteux.pd±>.

Brasil. Crack é possível vencer, 2012. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>. Acesso em: 27 de Jun. 2017.

Brasil. Lei n. 11.343, de 23 de Agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União,Brasília, 23 Ago. 2006.

Brasil. Lei n. 7.179, de 20 de Maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 Mai. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Série A. Brasília; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Programa Famílias Fortes: Manual do facilitador: introdução e encontro 1. Brasília; 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/familias_fortes_introducao_encontro1.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Série B. Brasília; 2003.

Bucher R, Oliveira SEM. O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. Rer. Saúde Pública. 1994; 28(02): 137-45.

Caminhos do Cuidado: formação em saúde mental (crack; álcool e outras drogas) [internet]. [citado 2018 Jun 06]. Disponível em: https://www.caminhosdocuidado.org/espaco-do-aluno/.

Campos CMS, Soares CB. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: Soares CB, Campos CMS. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013. p. 265-292.

Campos CMS, Viana N, Soares CB. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. Saude soc. [Internet]. 2015 June [cited 2017 July 02]; 24(Suppl 1): 82-91. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500082&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01007.

Campos, CMS. Reconhecimento das necessidades de saúde dos adolescentes. In: Borges ALV, Fujimore E. Organizadora. Enfermagem e a saúde do adolescente (org). São Paulo: Manole; 2009. p.143-167.

Canoletti B, Soares CB. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. Interface Comunic Saúde Educ. 2005;9(16):115-29.

Carl Hart in Brasil - Crack, Favelas, & Drug War [internet].2014. [citado 2018 Fev 12]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=6hEyOjPmNuc.

Carlini-Cotrim B. A escola e a drogas: realidade brasileira e contexto internacional [tese]. São Paulo: Programas do Estados de Pós Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1992.

Carneiro H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. Rev. Outubro, IES, São Paulo, vol. 6, 2002, pp.115-128.

Castro L. A redução de Danos à luz do materialismo histórico [dissertação]. Paraná: Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Psicologia;2018.

Coelho HV, Soares CB. Práticas na Atenção Básica voltadas para consumo prejudicial de drogas. Rev esc enferm USP. 2014; 48(Esp): 111-119.

Cordeiro L, Cavalcanti BSG, Campos CMS, Kehl TM, Soares CB, Martins VLS. Ensino sobre drogas psicoativas e redução de danos emancipatória: proposta de disciplina para graduação, na perspectiva da Saúde Coletiva. Revista Sociologia em Rede. 2016a;6(6):272-87.

Cordeiro L, Coelho HV, Cavalcanti BGS, Almeida AH, Galassi A. Implementação de ações de cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no âmbito da

atenção primária à saúde: identificação de formas de superação de barreiras diagnosticas. Projeto Universal, Grupo de pesquisa fortalecimento e desgaste no trabalho e na vida – EEUSP, 2016b.

Cordeiro L, Godoy A, Soares CB. A supervisão como processo educativo: Construindo o paradigma de redução de danos emancipatória com uma equipe de CAPS-AD. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2014; 22: 153-159.

Cordeiro L, Soares CB, Oliveira E, Oliveira LC, Coelho HV. Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com agentes comunitários de saúde. Rev Saú Soc. São Paulo. 2014; 23(3): 897-907.

Cordeiro L, Soares C. B. Implementation of evidence-based health care using action research: An emancipatory approach. International Journal of Nursing Practice. 2016; 22: 333–338.

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.

Cordeiro L. Pesquisa-ação na área da saúde: uma proposta marxista a partir de revisão de escopo [teses]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

Dimenstein M, Vecchia MD, Macedo JP, Bastos FI. Occupation of Urban and Rural Spaces, Gentrification and Drug Use. In: Ronzani T., organizador. Drugs and Social Context. Springer, Cham. 2018; 89-109.

El empleo [internet]. [citado 2018 fev 12]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=cxUuU1jwMgM.

Estarque M. Acções na cracolândia de São Paulo X projeto Redenção: as divergências. Piauí, Jun. 2017. Disponível em: <http://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2017/06/13/cracolandia-sp-redencao/>. Acesso em: 27 de Jun. 2017.

Figueiredo CM, Duarte IS, Santos LCA, Freire LM, Marcelo TAR, Venancio SI et al. Síntese de Evidências sobre Estratégias para Redução da Mortalidade Materna no Município de Franco da Rocha, São Paulo. Boletim do Instituto de Saúde. 2016;7(1): 105-12.

Fonseca EM. Políticas de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros [dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

Gaiotto, E.M.G.; Isoyama, S.V. Relato de Experiência da implantação de um Grupo de Evidências em um município de médio porte do estado de São Paulo. Boletim do Instituto de Saúde. 2016;7(1): 132-140.

Garofalo BS, Cordeiro L, Soares CB. Políticas públicas estatais de saúde na área de drogas: o caso do Programa De Braços Abertos (PBDA). Rer. Sociologia em Rede. 2015; 5(5)

Hart C. Um preço muito alto. Zahar, 2017.

Lachtim SAF, Soares CB. Valores atribuídos ao trabalho e expectativa de futuro: como os jovens se posicionam?. Trabalho, Educação e Saúde. 2011;*9*(2): 277-294.

Loewenson et al. Participatory action research in health system:a metods reader. TARSC, AHPSR, WHO, IDRS Canada, EQUINET, Hararare. 2014.

Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. Psicologia: ciência e profissão. 2013;33(3): 580-593.

Marx K. Manuscrito Econômico-Filosófico. Tradução, notas e apresentação Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004. Trabalho estranhado e propriedade privada, p.81.

Marx K. O Capital, Livro I, SP, Nova Cultural, 1985, p.45.

Menezes LF. Entre a saúde e a repressão - políticas públicas na região da 'Cracolândia' SP [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo;2016.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. 2009; 6(7): e1000097.

Moreira CR. As políticas públicas de saúde no campo das substâncias psicoativas ilícitas e os direitos humanos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;2014.

Nascimento AB. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de *patologização* do usuário de drogas. Psicologia em Estudo. 2006; 11(1):185-190.

Novais MAP, De Liberal MMC, Zucchi P, Nappo SA. Information and Communication Technologies in the Training of Health and Education Professionals. International Journal for Innovation Education and Research. 2018; 6(5):80-89.

O Programa de Braços Abertos [internet]. [citado 2018 Mai 14]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DBAAGO2015.pdf.

Oliveira E, Souza GC, Soares CB. Pesquisa-ação: oficinas emancipatórias como instrumento para coleta de dados e apreensão das representações cotidianas. Sociologia em rede. 2015;05(05):03-11. Disponível em: http://redelp.net/revistas/index.php/rsr/article/view/2soares5.

Paixão IR, Soares CB, Oliveira LC, Cordeiro L, Trapé CA, Campos CMS. Drogas e sociedade: material de apoio a atividades educativas na perspectiva emancipatória.

Trab. Educ. saúde [online]. In press. Epub Apr 16, 2018. ISSN 1678-1007. http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00108sol00129.

Paixão, I et al. Caderno de educação para ampliar a crítica sobre o consumo de drogas: como trabalhar com jovens. São Paulo; 2017. Disponível em: http://www.ee.usp.br/posgraduacao/mestrado/apostilas/Iara_Ribeiro.pdf.

Pasquim HM, Soares CB. Jogo "cidade dorme": representações cotidianas sobre drogas [internet]. [citado 2018 fev 12]. Disponível em: http://fortalecimentoedesgaste.com.br/wp-content/uploads/2016/09/Jogo-Cidade_Dorme-Representacoes_Cotidianas.pdf.

Pasquim HM, Soares CB, Santoro R. Drug education games for youth. Social Medicine. 2016;10(2).

Prefeitura de São Paulo. Prefeitura de SP divulga principais diretrizes do projeto Redenção [internet]. São Paulo. [citado 2018 Mai 15]. Disponível em: http://www.capital.sp.gov.br/noticia/prefeitura-de-sp-divulga-principais-diretrizes-do-projeto-redencao.

Prefeitura de São Paulo. Projeto Redenção prevê ações para combater Cracolândia [internet]. São Paulo. [citado 2018 Mai 15]. Disponível em: http://www.capital.sp.gov.br/noticia/projeto-redencao-preve-acoes-para-erradicar-trafico-de-drogas-em-cracolandias.

PROERD: programa educacional de resistência às drogas e à violência [internet]. [citado 2018 Mai 14]. Disponível em: http://www4.policiamilitar.sp.gov.br/unidades/dpcdh/index.php/proerd-2/.

Programa Prevenção também se ensina [internet]. [citado 2018 Mai 14]. Disponível em: http://www.fde.sp.gov.br/PagePublic/Interna.aspx?codigoMenu=183.

Programa Recomeço. Programa Estadual de Enfrentamento ao crack e outras drogas [Internet]. São Paulo; [citado 2018 Mai 14]. Disponível em:http://programarecomeco.sp.gov.br/.

Roe G. Harm reduction as paradigm: Is better than bad good enough? The origins of harm reduction. Critical Public Health. 2005; 15(3): 243–250.

Santos FF, Ferla AA. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Interface (Botucatu). 2017; 21(63): 833-844.

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(Esp): 777-81.

Santos, VE. O objeto/sujeito da redução de danos: uma análise da literatura da perspectiva da saúde coletiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Santos, VE. Valores sociais e valores associados ao consumo de drogas entre jovens de diferentes grupos sociais na cidade de Santo André - São Paulo: uma análise de representações cotidianas [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

Santos VE, Soares CB. O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da Saúde Coletiva: uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo. Sau. & Transf. Soc. 2013; 4(2): 38-54.

Santos VE, Soares CB, Campos CMS. A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. 2012; 8(1):41-7.

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

São Paulo (Estado). Decreto nº 61.674, de 02 de dezembro de 2015. Regorganiza o "Programa Remeço", que passa a denominar-se Programa Estadual de Políticas sobre Drogas - "Programa Recomeço: uma vida sem drogas". Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 03 dez. 2015. Seção I.

São Paulo (Município) Decreto nº 55.067, de 28 de Abril de 2014. regulamenta o programa de braços abertos e altera o decreto nº 44.484, de 10 de março de 2004, que regulamenta o programa operação trabalho. diário oficial do estado de são paulo, são paulo, 29 Abril. 2014. Número 79.

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, Universidade de São Paulo;2007.

Soares CB, Campos, CMS. A responsabilidade da universidade pública no ensino da prevenção do uso prejudicial de drogas. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2004; 28(1): 110-115.

Soares CB, Campos, CMS. Consumo de drogas. In: Borges ALV, Fujimori E. (Org.). Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. São Paulo: Manole, 2009. p436-468.

Soares CB, Cordeiro L, Campos CMS. Pesquisa-ação emancipatória: uma proposta metodológica essencial para a enfermagem. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 17, 2013 jun 3-5. Anais. Natal: Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio Grande do Norte, 2013. Disponível em: < http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/9026me.pdf>.

Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Rev. esc. enferm. 2014; 48(2): 335-345.

Soares CB, Jacobi PR. Adolescentes, drogas e AIDS: avaliação de um programa de prevenção escolar. Cad Pesqui. 2000; (109): 213-237.

Soares CB et al. Caderno de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: Álcool e outras drogas: um milhão de ações. São Paulo; 2012. Disponível em: http://www.ee.usp.br/departamento/ens/nace/dir/manual-preview.pdf.

Spoth R, Greenberg M, Turrisi R. Preventive interventions addressing underage drinking: state of the evidence and steps toward public health impact. Pediatrics. 2008;121 Suppl 4:S311-36.

Stotz EN, David HMSL. Educação popular e saúde. In: Sores CB, Campos CMS, organizadoras. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole. 2013; 75-103.

Strang J, Babor T, Caulkins J, Fischer B, Foxcroft D, Humphreys K. Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. Lancet. 2012;379(9810):71-83.

SUPERA. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento [internet]. [citado 2018 Jun 08]. Disponível em: https://www.supera.senad.gov.br/faq/.

Teixeira MB, Ramôa ML, Engstrom E, Ribeiro JM. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. Ciênc. saúde coletiva. 2017;22(5):1455-1466.

Van de Glind IM, Heinen MM, Geense WW, Mesters I, Wensing M, van Achterberg T. Exploring the Range of Lifestyle Interventions Used in Dutch Health Care Practice: A Qualitative Description. Health Promot Pract. 2016;17(2):235-43.

Viana N, Soares CB, Campos CMS. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. In: Soares CB, Campos CMS. Fundamentos de Saúde Coletiva e o cuidado de enfermagem, organizadoras. São Paulo: Manole; 2013.

Viana N. A Constituição das Políticas Públicas. Revista Plurais [online]. 2006; 1:94-112. Disponível em: < https://www.academia.edu/5199033/A_Constitui%C3%A7%C3%A3o_das_Pol%C3%ADticas_P%C3%BAblicas>.

Viana N. Escritos metodológicos de Marx. Alternativa, 2007.

Wood E,Werb D,Kazatchkine M,Kerr T,Hankins C,Gorna R,et al. Vienna declaration: A call for evidence-based drug policies. The Lancet. 2010;376(9738): 310-312.

9.1 BIBLIOGRAFIA: REVISÃO DA LITERATURA

9.1.1 LILACS

Jomar RT, Abreu ÂMM. Intervenções breves para uso problemático de álcool: potencial de aplicação na prática do enfermeiro. Rev enferm UERJ. 2012;20(3):391-5.

Oliveira E, Soares CB, Batista LL. Representações cotidianas de jovens sobre a periferia. Rev Bras Enferm. 2016;69(6):1147-53.

Oliveira E, Soares CB, Silva JdA. Pesquisa-ação emancipatória com jovens escolares: relato de experiência. Rev Gaucha Enferm. 2016;37(3):e62059-e.

Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICWd. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. Rev Saude Publica. 2009;43(supl.1):51-61.

9.1.2 MEDLINE

Amaral MB, Ronzani TM, Souza-Formigoni MLO. Process evaluation of the implementation of a screening and brief intervention program for alcohol risk in primary health care: An experience in Brazil. Drug Alcohol Rev. 2010;29(2):162-8.

Anderson P. Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption. Br J Gen Pract. 1993;43(374):386-9.

Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Ariño J, González-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. Alcohol Clin Exp Res. 2004;28(4):608-18.

Beich A, Gannik D, Saelan H, Thorsen T. Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice--a pragmatic controlled trial. Alcohol Alcohol. 2007;42(6):593-603.

Bertholet N, Daeppen J-B, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2005;165(9):986-95.

Bryant CA, Brown KRM, McDermott RJ, Forthofer MS, Bumpus EC, Calkins SA, et al. Community-based prevention marketing: organizing a community for health behavior intervention. Health Promot Pract. 2007;8(2):154-63.

Chun TH, Linakis JG. Interventions for adolescent alcohol use. Curr Opin Pediatr. 2012;24(2):238-42.

Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, et al. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. Fam Pract. 1998;15(6):562-8.

Curry SJ, Ludman EJ, Grothaus LC, Donovan D, Kim E. A randomized trial of a brief primary-care-based intervention for reducing at-risk drinking practices. Health Psychol. 2003;22(2):156-65.

Elzerbi C, Donoghue K, Drummond C. A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Addiction. 2015;110(7):1082-91.

Fernández García JA, Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Campos Sánchez L, Lora Cerezo N, Martínez de la Iglesia J. Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. Aten Primaria. 2003;31(3):146-53.

Fernández San Martín MI, Bermejo Caja CJ, Alonso Pérez M, Herreros Taberneros B, Nieto Candenas M, Novoa A, et al. Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. Aten Primaria. 1997;19(3):127-32.

Fink A, Elliott MN, Tsai M, Beck JC. An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. J Am Geriatr Soc. 2005;53(11):1937-43.

Giesbrecht N, Ferris J. Community-based research initiatives in prevention. Addiction. 1993;88 Suppl:83S-93S.

Giesbrecht N, Haydon E. Community-based interventions and alcohol, tobacco and other drugs: foci, outcomes and implications. Drug Alcohol Rev. 2006;25(6):633-46.

Guth S, Lindberg SA, Badger GJ, Thomas CS, Rose GL, Helzer JE. Brief intervention in alcohol-dependent versus nondependent individuals. J Stud Alcohol Drugs. 2008;69(2):243-50.

Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC, Abbott RD, Catalano RF. Youth problem behaviors 8 years after implementing the communities that care prevention system: a community-randomized trial. JAMA Pediatr. 2014;168(2):122-9.

Israel Y, Hollander O, Sanchez-Craig M, Booker S, Miller V, Gingrich R, et al. Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. Alcohol Clin Exp Res. 1996;20(8):1443-50.

Kaner E. NICE work if you can get it: Development of national guidance incorporating screening and brief intervention to prevent hazardous and harmful drinking in England. Drug Alcohol Rev. 2010;29(6):589-95.

Kuerbis AN, Yuan SE, Borok J, LeFevre PM, Kim GS, Lum D, et al. Testing the initial efficacy of a mailed screening and brief feedback intervention to reduce at-risk drinking in middle-aged and older adults: the comorbidity alcohol risk evaluation study. J Am Geriatr Soc. 2015;63(2):321-6.

Kypri K, Langley JD, Saunders JB, Cashell-Smith ML, Herbison P. Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care. Arch Intern Med. 2008;168(5):530-6.

Lee HS, Mericle AA, Ayalon L, Areán PA. Harm reduction among at-risk elderly drinkers: a site-specific analysis from the multi-site Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly (PRISM-E) study. Int J Geriatr Psychiatry. 2009;24(1):54-60.

McIntosh MC, Leigh G, Baldwin NJ, Marmulak J. Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice. Can Fam Physician. 1997;43:1959-62, 65-7.

Midford R. Drug prevention programmes for young people: where have we been and where should we be going? Addiction. 2010;105(10):1688-95.

Millstein SG, Marcell AV. Screening and counseling for adolescent alcohol use among primary care physicians in the United States. Pediatrics. 2003;111(1):114-22.

Mitchell SG, Gryczynski J, Grady KE, Schwartz RP. SBIRT for adolescent drug and alcohol use: current status and future directions. J Subst Abuse Treat. 2013;44(5):463-72.

Moore AA, Blow FC, Hoffing M, Welgreen S, Davis JW, Lin JC, et al. Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial. Addiction. 2011;106(1):111-20.

Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM. Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. Rev Lat Am Enfermagem. 2011;19 Spec No:813-20.

Nair NK, Newton NC, Shakeshaft A, Wallace P, Teesson M. A Systematic Review of Digital and Computer-Based Alcohol Intervention Programs in Primary Care. Curr Drug Abuse Rev. 2015;8(2):111-8.

Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, Seppä K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. A systematic review. Scand J Prim Health Care. 2006;24(1):5-15.

Ockene JK, Adams A, Hurley TG, Wheeler EV, Hebert JR. Brief physician- and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinkers: does it work? Arch Intern Med. 1999;159(18):2198-205.

Oslin DW, Grantham S, Coakley E, Maxwell J, Miles K, Ware J, et al. PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral in managing at-risk alcohol use. Psychiatr Serv. 2006;57(7):954-8.

Reiff-Hekking S, Ockene JK, Hurley TG, Reed GW. Brief physician and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinking. Results at 12-month follow-up. J Gen Intern Med. 2005;20(1):7-13.

Ribeiro C. A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool: detecção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários. Acta Med Port. 2011;24 Suppl 2:355-68.

Richmond R, Heather N, Wodak A, Kehoe L, Webster I. Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. Addiction. 1995;90(1):119-32.

Roche A, Kostadinov V, Fischer J, Nicholas R, Rourke K, Pidd K, et al. Addressing inequities in alcohol consumption and related harms. Health Promot Int. 2015;30 Suppl 2:ii20-35.

Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. Drug Alcohol Rev. 2010;29(6):631-40.

Senft RA, Polen MR, Freeborn DK, Hollis JF. Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. Am J Prev Med. 1997;13(6):464-70.

Spoth R, Greenberg M, Turrisi R. Preventive interventions addressing underage drinking: state of the evidence and steps toward public health impact. Pediatrics. 2008;121 Suppl 4:S311-36.

Stead M, Parkes T, Nicoll A, Wilson S, Burgess C, Eadie D, et al. Delivery of alcohol brief interventions in community-based youth work settings: exploring feasibility and acceptability in a qualitative study. BMC Public Health. 2017;17(1):357-370.

Van de Glind IM, Heinen MM, Geense WW, Mesters I, Wensing M, van Achterberg T. Exploring the Range of Lifestyle Interventions Used in Dutch Health Care Practice: A Qualitative Description. Health Promot Pract. 2016;17(2):235-43.

Walton MA, Resko S, Barry KL, Chermack ST, Zucker RA, Zimmerman MA, et al. A randomized controlled trial testing the efficacy of a brief cannabis universal prevention program among adolescents in primary care. Addiction. 2014;109(5):786-97.

10 Apêndices

10 APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Meu nome é Cassia Baldini Soares. Sou professora e pesquisadora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Estou desenvolvendo a pesquisa "Implementação de ações de cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no âmbito da atenção primária à saúde (APS): identificação de formas de superação de barreiras diagnosticadas".

O objetivo dessa pesquisa é instrumentalizar gestores da APS para implementar evidências relativas ao cuidado na atenção primária em saúde aos usuários de drogas.

Assim, convido você por meio deste documento a participar do estudo, que será desenvolvido através de 12 oficinas de aproximadamente 3 horas de duração a cada vez, que serão gravadas e filmadas para posterior transcrição das falas e construção de projeto de implementação, vídeo e cartilha. A oficina é um recurso utilizado na pesquisa-ação para discussão dos temas que vão sendo trazidos pelos participantes. Assim, a cada encontro, em diálogo entre os pesquisadores e os gestores que participam da pesquisa, se estabelecem as etapas seguintes. As oficinas serão desenvolvidas em espaço conveniente, acordado entre pesquisadores e participantes.

Gostaria de esclarecer que sua participação é voluntária e que não será cobrado nada por ela, assim como não haverá remuneração financeira caso você participe. Esclareço ainda que você poderá me pedir mais informações a respeito do estudo a qualquer momento e que tem todo o direito de se recusar a participar da pesquisa inclusive podendo abandoná-la quando desejar sem que isso lhe traga prejuízos de qualquer espécie. Se procurará evitar que as discussões gerem constrangimentos aos participantes e caso isso ocorra, se procurará proceder a encaminhamentos acordados entre pesquisadores e participantes para garantir conforto e tranquilidade no processo. O anonimato e o sigilo dos dados confidenciais serão mantidos por ocasião da divulgação dos resultados da pesquisa em eventos e periódicos.

Este termo será elaborado em duas vias e, após assinatura, uma será entregue ao participante do estudo e a outra permanecerá com a pesquisadora.

Eu _____ fui suficientemente esclarecido(a) sobre a pesquisa, estando ciente do seu objetivo e concordo em participar, voluntariamente.

São Paulo, _____ de _____ de 2015

_____

Assinatura do(a) entrevistado(a)

_____

Cassia Baldini Soares

Telefone: (11) 3061-7652 e-mail: cassiaso@usp.br

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000 – São Paulo/SP

Caso você tenha alguma dúvida, o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP é (11) 3061-7548 - E-mail do CEP - edipesq@usp.br

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000 – São Paulo/SP

O contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde para dúvidas e denúncias éticas é smscep@gmail.com , ou 33972464

APÊNDICE C

Roteiro para elaboração de projeto de implementação de práticas emancipatórias no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

A construção do projeto de implementação de práticas emancipatórias em saúde coletiva tem como base o referencial teórico do materialismo histórico e dialético. Dessa perspectiva, a droga é compreendida como uma mercadoria, que responde ao mal estar contemporâneo e a necessidades do capital. Nesse contexto, considera-se que a educação emancipatória tem potencialidade para promover espaços de reflexão sobre as razões estruturais do consumo de drogas, sobre as dinâmicas sociais que envolvem o consumo problemático de drogas, assim como promover a transformação de práticas, por meio do encontro entre as diferentes experiências dos envolvidos e o conhecimento acumulado pela ciência sobre o tema.

1. Avalie os pontos fortes e as necessidades dos grupos sociais do território de abrangência da UBS: **diagnóstico**

- Identificar a preocupação principal (por exemplo, uso excessivo de drogas por jovens).
- Pesquise o problema: reveja dados sobre os grupos sociais do território, reveja esforços anteriores e lições aprendidas.
  - Indicadores de exclusão/marginalidade social/situação de periferia - o que pode ser sinal de ausência de instituições de proteção social do Estado e presença de atividades de narcotráfico e usuários de drogas;
  - Epidemiologia do consumo, quando houver;
    - Situação que justifique o projeto, pela exposição a situações de desgaste, em locais de altos índices de desemprego, ou outras fontes de estresse.
- Conecte-se com os recursos do território (pontos fortes) e as principais partes interessadas (por exemplo, escolas, pesquisadores, funcionários de saúde pública, professores, pais, outros grupos organizados, lideranças, entre outros) e identificar lacunas e necessidades.
- Identifique as possibilidades de compromisso das instituições e das organizações envolvidas, bem como recursos humanos e financeiros.

2. Planejar a abordagem e como implementá-la: **planejamento estratégico.**

- Definir a população para se concentrar, conforme determinado por uma avaliação completa: identifique demografia, incluindo idade, cultura, gênero, sexo e status socioeconômico (por exemplo, jovens fora da escola).
- Incentivar a participação dos cidadãos. Identificar e envolver aqueles que são tipicamente invisíveis e/ou excluídos. Apoiar a capacidade dos grupos interessados com recursos e conhecimentos especializados. Construir motivação.
- Identificar e trabalhar nas configurações mais apropriadas, que dialogam com as preocupações da saúde. Por exemplo, se estiver trabalhando com uma população de jovens, uma parceria provável seria com as escolas.
- Identificar as práticas emancipatórias, que provavelmente terão impacto: mudanças nas políticas públicas são conhecidas por ter alcance mais amplo e ter impacto a longo prazo,

enquanto ações locais sobre as quais os grupos interessados e a UBS pode ter governabilidade representam mudanças com impacto a curto e médio prazo.

- Identificar os instrumentos necessários à implementação dessas práticas.
- Desenvolver e nutrir colaborações-chave e redes secundárias através de outras parcerias, acordos e criação de redes ou utilização de redes formais já existentes (por exemplo, colegas, organizações comunitárias, cidadãos envolvidos) e identificar oportunidades adicionais de colaboração não tradicional.

3. Implementação propriamente dita: **processo em si.**

- Definir a ordenação das práticas emancipatórias a serem implementadas, com a participação dos colaboradores;
- Definir quais são as atividades e os seus responsáveis;
- Definir estratégias de trabalho e como será o processo;
- Definir cronograma de atuação;
- Definir os locais de base para a implementação das práticas.

4. Desenvolver um quadro abrangente para avaliação e reflexão: **revisão do processo**

- Incorporar a avaliação contínua do projeto desde o início do processo de planejamento das práticas emancipatórias
- Esclarecer os resultados pretendidos da estratégia de promoção da saúde para as populações-alvo, conforme indicado nas metas e objetivos.
- Envolver as partes interessadas no desenvolvimento e implementação da avaliação e na disseminação dos resultados. Isso promove o engajamento e aumenta a probabilidade de que as recomendações decorrentes da avaliação sejam implementadas.

Traduzido e adaptado: Canadian Centre on Substance Abuse, Substance Use Prevention and Health Promotion, 2014.

Exercício: Construção do projeto de implementação de práticas na Atenção Primária em Saúde na área de drogas. Preencha a tabela conforme orientações acima.

Preocupação inicial	
Grupos sociais e setores envolvidos na problematização	
Necessidade identificada	
Finalidade do projeto	
Objetivos (resultados esperados)	

Prática(s) emancipatória(s) eleita(s)	
Estrutura e recursos necessários (onde será feito, materiais)	
Estratégias de implementação (desde a mobilização do grupo) e divisão de tarefas	
Estratégias de avaliação	
Cronograma	

APÊNDICE D

Avaliação do processo educativo

1. Usando os conhecimentos prévios e adquiridos ao longo das oficinas responda: O que você pensa sobre:

- Tráfico de drogas como mercado de trabalho:

_____

_____

- Consumo de drogas como resultado de frustração:

_____

_____

- Relação entre consumo de drogas e planos para o futuro:

_____

_____

- Consumo de drogas como obtenção de prazer imediato:

_____

_____

- Os valores que estão fomentando o consumo de drogas pelos jovens:

_____

_____

1. Quais mitos, preconceitos, estereótipos foram desfeitos com as oficinas?

_____

_____

2. Como você analisa sua atuação de trabalhador da AB frente ao uso abusivo de drogas e álcool?

_____

_____

3. Você acha que sua atuação está sendo eficaz?

_____

_____

4. Quais ações educativas para os jovens, sobre drogas, vocês acham que seriam eficazes na sua área?

_____

_____

5. Elas são diferentes das desenvolvidas atualmente? Em que sentido?

_____

_____

Avaliação da elaboração do projeto de implementação

1. Como você avalia o processo de construção do projeto de implementação?

_____

_____

2. O projeto construído tem possibilidades de ser implementado no seu serviço? Quais suas expectativas?

_____

_____

APÊNDICE E – Cronograma de execução das atividades

ATIVIDADES	2016		2017						2018			
MESES	**Ago**	**Out**	**Jan**	**Mar**	**Mai**	**Jul**	**Set**	**Nov**	**Jan**	**Mar**	**Mai**	**Jul**
	Set	**Dez**	**Fev**	**Abr**	**Jun**	**Ago**	**Out**	**Dez**	**Fev**	**Abril**	**Jun**	**Ago**
Disciplinas	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**					
Revisão bibliográfica			**X**	**X**								
Exame de qualificação					**X**							
Encaminhamento ao Comitê de Ética interno EE/USP	**X**											
Apresentação e pactuação com a instituição parceira				**X**								
Construção marco teórico		**X**	**X**									
Realização das oficinas					**X**	**X**	**X**	**X**				
Banco de dados material empírico					**X**	**X**	**X**	**X**				
Análise dos dados coletados								**X**	**X**			
Elaboração da apresentação dos resultados									**X**	**X**		
Redação da dissertação									**X**	**X**		
Entrega da dissertação											**X**	
Defesa da dissertação												**X**
Produção de artigos												**X**

11 Anexos

11 ANEXOS

ANEXO 01

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE
Rua Padre Marchetti nº 557 - Ipiranga CEP 04266-000
Telefone: 2063-8112 - direto 2063-0622-ramal 204

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a realização da pesquisa : Implementação de ações de cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no âmbito da atenção primária à saúde: identificação de formas de superação de barreiras diagnosticadas; **nas Supervisões V. Prudente e Ipiranga e Mooca, dessa Coordenadoria, condicionada à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa de SMS(CEP-SMS).**

São Paulo,__15 de ___Dezembro de 2015.

Dra. Ana Lúcia Paioni A. Batista
Coordenadoria de Saúde Sudeste

ANEXO 02

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 47.365.415.5.3001.0086

São Paulo, 11 de Janeiro de 2016
PARECER Nº 001/16 – CEP/SMS

Projeto de Pesquisa: Implementação de ações de cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no âmbito da atenção primária à saúde: identificação de formas de superação de barreiras diagnosticadas.
Pesquisador Responsável: Cassia Baldini Soares
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP.
Instituição Coparticipante: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.
Patrocinador Principal: Financiamento próprio.

1. **Sumário Geral do Protocolo – Apresentação do projeto.**

Segundo a pesquisadora, o Ministério da Saúde orienta que usuários de drogas sejam atendidos na APS desde 2003. No entanto, a implementação de práticas de cuidados para esse grupo na APS continua precária. A reunião sistemática de evidências, e o levantamento de barreiras para a implementação dessas evidências, constitui desafio para o setor saúde. Este projeto propõe realizar: síntese de evidências sobre o cuidado à saúde na APS voltado a usuários de drogas; pesquisaação para a implementação dessas evidências; e construção e disseminação de materiais educativos para gestores da APS interessados em implementar evidências nessa área. Trata-se de uma revisão de escopo para a síntese de evidências e de uma pesquisa-ação para a implementação dessas evidências e construção de materiais educativos, com a participação de gestores de uma coordenadoria de saúde da secretaria da saúde do município de São Paulo.

Para tal a pesquisadora descreve que para a síntese de evidências sobre as ações e práticas na APS voltadas a usuários de drogas será utilizada a metodologia de revisão de escopo conforme proposta pelo Instituto Joanna Briggs (Peters et al, 2015a, 2015b). Pesquisa-ação é um tipo de metodologia participativa e tem sido extensivamente utilizada em pesquisa de implementação (Greenwood, Levin, 2002; Reason, Bradbury, 2008).

O processo acontece num ciclo em espiral de planejamento, ação, observação e reflexão, sendo que essas etapas são fluidas e, com frequência, se sobrepõem. A pesquisa-ação é participante, e além do processo de pesquisa ser democrático, considera também que todos os participantes envolvidos são pesquisadores, detentores de conhecimentos diversos e igualmente importantes (Kemmis and McTaggart, 2000; Israel et al, 2008; Reason, Bradbury, 2008; Wright et al, 2013; Loewenson et al, 2014). Por isso ela foi eleita para este projeto de implementação, uma vez que os gestores conhecem profundamente a realidade em que atuam e podem criticá-la de maneira substancial, assim como podem equacionar as dificuldades e potencialidades de colocar as evidências na prática.

Elegeu-se como participantes da pesquisa os gestores das USF da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste, composta pelas seguintes Supervisões Técnicas: Mooca/ Aricanduva/Formosa/ Carrão; Ipiranga; Penha; Vila Mariana/ Jabaquara; Vila Prudente/ Sapopemba. Os gestores dos serviços de APS serão convidados a participar, a partir de sua declaração de interesse e após a apresentação da proposta. O processo deverá ocorrer por meio de discussões disparadas por estratégias adequadas à finalidade de análise e implementação das políticas públicas nas USF. Estima-se a realização de 12 encontros com os participantes ao longo de 8 meses no ano de 2016. Espera-se colaboração da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste para ceder espaço para que os encontros ocorram na sede. A amostra será de 30 participantes.

Objetivo Primário:

ANEXO 03

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 47.365.415.5.3001.0086

Instrumentalizar gestores da APS para implementar evidências relativas ao cuidado na atenção primária em saúde aos usuários de drogas.

Objetivo Secundário:

1. Sintetizar as melhores evidências sobre as ações e práticas na APS voltadas para usuários de drogas;
2. Desenvolver pesquisa-ação para compreender as barreiras e facilitadores da implementação de evidências de ações voltadas para usuários de drogas na APS;
3. Construir projeto de implementação das melhores evidências em saúde para usuários de drogas na APS;
4. Instrumentalizar os participantes a implementar evidências utilizando modelo de implementação de evidências do Instituto Joanna Briggs; 5. Construir materiais educativos de apoio a gestores para implementação de evidências na APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, trata-se de pesquisa colaborativa, o que minimiza possíveis riscos. No entanto, os participantes serão esclarecidos de que algum constrangimento poderá acontecer durante as discussões mas haverá tentativas de evita-los. E que caso isso ocorra, se procurará proceder a encaminhamentos acordados entre pesquisadores e participantes para garantir conforto e tranquilidade no processo.

Benefícios:

Espera-se que a partir dos resultados nesta região, e com a construção de um rol de práticas baseados em evidências e discutidas no processo participativo da pesquisa-ação estabeleçam-se ações efetivas que ampliem, adensem e concretizem a política ministerial de atenção ao usuário de drogas na APS. Os materiais produzidos em forma de vídeo, cartilha e disseminação de artigos científicos deve produzir o debate e apoiar o desenvolvimento das ações na APS. Os resultados são aplicáveis na APS em todo o SUS.

De acordo com o exposto pela pesquisadora, o método proposto minimiza os riscos, que seriam de desconforto e constrangimento, e os benefícios claramente justificam a execução do projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisadora da Escola de Enfermagem da USP, cujo Comitê de Ética já emitiu parecer de aprovação. Será realizado em unidades de saúde da Coordenadoria Sudeste da Secretaria Municipal da Saúde, co-participante do projeto.

O projeto está muito bem desenhado, versa sobre tema de alta relevância e o método proposto é adequado e coerente com os objetivos indicados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto devidamente preenchida e assinada pela diretora da Escola de Enfermagem da USP.

Foi apresentada carta de autorização da Coordenadoria Sudeste para a realização da pesquisa.

Apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que está redigido de forma clara e objetiva, descreve em linguagem apropriada ao sujeito o método, indiretamente indica o risco de constrangimento, garante o sigilo dos dados e o direito a desistência de participação sem ônus ao sujeito.

Apresenta cronograma de execução adequado e factível, bem como aponta o orçamento financeiro do projeto, cujo custeio está sob responsabilidade da pesquisadora.

Recomendações: Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Não Há

Considerações Finais a critério do CEP:

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 47.365.415.5.3001.0086

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc). Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

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. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Situação do Protocolo – APROVADO

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

São Paulo, 11 de Janeiro de 2016

Luis G. C. Bastos

Luis Gracindo Costa Bastos
Vice-Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/