

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

EDUARDO OLIVEIRA SALINES DUARTE

**AÇÕES DESENVOLVIDAS POR UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS**

**Porto Alegre
2012**

EDUARDO OLIVEIRA SALINES DUARTE

**AÇÕES DESENVOLVIDAS POR UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título
de Enfermeiro pela Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Porto Alegre

2012

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Jovino e Doralina, e a minha irmã, Eliane, por serem os pilares da minha vida e por compartilharem as minhas felicidades e as minhas angústias.

À minha namorada Lisiane pelo auxílio na minha jornada acadêmica, por sempre me apoiar nas minhas decisões e por compreender o meu cansaço em certas épocas.

Ao meu orientador Jacó Fernando Schneider pela oportunidade, pela paciência e pelos ensinamentos.

Ao Prof. Marcio Wagner Camatta pela disponibilidade e pela ajuda nas fases difíceis.

Aos meus velhos e novos amigos pelo companheirismo e por fazerem parte desta trajetória.

Às equipes de enfermagem nas quais eu passei durante os meus estágios por me ajudarem no meu conhecimento.

Resumo

O uso de drogas foi por muito tempo tratado por meio de ações punitivas ao invés de preventivas, terapêuticas ou de redução de danos. Atualmente, o uso de drogas passou a ser compreendido como um sério problema de saúde, que afeta tanto o usuário, como a família e a comunidade. Frente a essa problemática de saúde, a equipe da saúde da família tem um grande potencial para atuar diante desta demanda. A presente pesquisa tem como objetivo analisar as ações de saúde desenvolvidas por uma Estratégia Saúde da Família na atenção ao usuário de drogas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, vinculada à pesquisa “Avaliação das Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família”. O local escolhido para o estudo foi a Estratégia Saúde da Família (ESF) Pitoresca no município de Porto Alegre, contou com a participação de 19 profissionais. As informações foram coletadas de setembro de 2010 a março de 2011 por meio de entrevistas semiestruturadas. Para este estudo, a análise de dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, emergindo três categorias: ações centradas para o modelo médico-centrado; ações centradas para o modelo psicossocial e; dificuldades na atenção ao usuário de drogas. Observou-se que as ações da equipe da ESF estudada ainda é marcada pela prática tradicional de atenção ao usuário de drogas, com atuações pontuais, focado na doença, com encaminhamentos e uso medicamentos. Para melhorar esta prática é necessário estruturar a rede de atenção ao usuário de drogas, com criação de serviços extra-hospitalares para dar um suporte para as ESF, mostrando que cada integrante da equipe tem a sua importância para lidar com as demanda da comunidade em que está inserida, com criatividade e habilidade, aproveitando os recursos e os potenciais presentes nessa comunidade.

Palavras-chaves: Saúde mental, transtornos relacionados ao uso de substâncias, Programa Saúde da Família, Enfermagem.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVO	6
3 REVISÃO DA LITERATURA	7
4 METODOLOGIA.....	11
4.1 Tipo de Estudo.....	11
4.2 Local de Estudo	12
4.3 Participantes do Estudo	12
4.4 Coleta dos dados.....	12
4.5 Análise das informações.....	13
4.6 Aspectos Éticos	14
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
5.1 Ações voltadas para o modelo médico-centrado	15
5.2 Ações voltadas para o modelo psicossocial.....	19
5.3 Dificuldades na atenção ao usuário de drogas.....	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	38
ANEXO 1 - Carta de Aprovação.....	39
ANEXO 2 – Autorização para Utilização da Base de Dados.....	40
ANEXO 3 – Carta de aprovação pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem	41

1 INTRODUÇÃO

O uso de drogas foi por muito tempo tratado por meio de ações punitivas ao invés de preventivas, terapêuticas ou de redução de danos. Nas últimas duas décadas, com o progressivo desenvolvimento dos estudos científicos, o uso de drogas passou a ser compreendido como um sério problema de saúde, que afeta o cérebro e, conseqüentemente, o comportamento. Na população mundial, cerca de 10% das pessoas consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2003).

No 2º Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), no ano de 2005, em 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes mostrou uma estimativa de usuários de Álcool de 12,3% e de tabaco de 10,1%, além disso, 22,8% da população pesquisada já fizeram uso de drogas, exceto tabaco e álcool (CARLINI, 2007).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é buscada por uma parcela dessas pessoas com a intenção de resolução de seus problemas ou conflitos e, por conseguinte, utilizam-na como porta de entrada na rede de serviços. Por conta disso, os profissionais de saúde necessitam compreender as reais necessidades dessas pessoas, considerando que a atenção básica desfruta de recursos estratégicos essenciais para enfrentar o uso de drogas psicoativas.

Dessa maneira, considerando a complexidade da utilização das drogas, o modo em que afeta a população e da ESF ser um espaço em que os usuários de drogas buscam ajuda e a valorização da sua queixa, me despertou o interesse em saber como a equipe desta ESF lida com essa demanda?

A minha jornada na área da saúde mental teve início no terceiro semestre do curso de graduação em Enfermagem com as atividades de iniciação científica, enquanto bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC), em 2009, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), participando de reuniões e discussões junto ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM). Enquanto bolsista tive participação na pesquisa “Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial” (KANTORSKI *et al*, 2008), na qual participei como coletador de dados e das discussões dos resultados. Outra atuação como bolsista foi na pesquisa “Ações Voltadas para Saúde Mental

na Estratégia de Saúde da Família: Intenções da Equipe e Expectativas de Usuários e Familiares” (CAMATTA, 2010), já nesta pesquisa participei na coleta de dados e nas transcrições das entrevistas. Assim, fui percebendo a importância e a potencialidade do cuidado no território no que se refere ao auxílio para o resgate da cidadania e da reinserção do usuário em sofrimento psíquico na comunidade.

Comecei a interessar-me pelos usuários de drogas durante o meu estágio da disciplina Enfermagem em Saúde Mental II, na unidade de internação psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), onde percebi que muitas pessoas que lá estavam utilizavam algum tipo de droga ilícita que, poderia ter sido um dos desencadeadores dos distúrbios mentais. No mesmo ano, ao participar na coleta de dados do projeto de pesquisa Ações Voltadas para Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: Intenções da Equipe e Expectativas de Usuários e Familiares, pude perceber os danos que tais substâncias trazem tanto para a vida do indivíduo usuário de drogas, quanto para sua família. Frente a isso, minha questão de pesquisa foi: que ações de saúde a equipe da ESF utilizam para atender aos indivíduos usuário de drogas?

A relevância deste trabalho justifica-se, pois poderá auxiliar aos profissionais que trabalham com esta temática na ampliação do seu conhecimento sobre as ações da ESF voltadas para os usuários de drogas, corroborando para uma assistência no território em busca da reabilitação psicossocial.

Nesta pesquisa, utilizou-se os dados do resultado da pesquisa MENTALESF (OLSCHOWSKY *et al*, 2011) vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Esta pesquisa avaliou as ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família, por meio da Avaliação de Quarta Geração. Neste recorte, apresentaremos resultados que abordam as ações de saúde voltadas para o indivíduo usuário de drogas.

2 OBJETIVO

Analisar as ações de saúde desenvolvidas por uma Estratégia Saúde da Família na atenção ao usuário de drogas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Outrora, as pessoas com sofrimento mental tinham o status de incapacidade, de periculosidade, de irracionalidade, eram excluídas, desprezadas e afastadas das famílias e da sociedade. A transformação no tratamento da loucura teve início na França com Philippe Pinel no final do século XVIII. Pinel libertou os doentes mentais das correntes, onde viviam, constantemente, presos e em condições subumanas. Buscou, ainda, renovar o tratamento na psiquiatria, adotando uma classificação para os doentes mentais, movimento chamado de tratamento moral, foi a primeira vez que se inferiu que a loucura fosse uma patologia que, como as outras, poderiam ser sanadas com tratamento adequado (TENÓRIO, 2002).

Para Menezes e Yasui (2009), a partir da Segunda Guerra Mundial, a sociedade começou a refletir sobre os tratamentos que vinham ocorrendo nos hospícios, já que nesses eram praticadas medidas físicas de crueldade aos doentes mentais.

No final da década de 1970 e início da década de 1980, houve diversas denúncias de violação dos direitos humanos, maus-tratos, mortes e estupros dos usuários nos hospitais psiquiátricos do Brasil. Foi então que inspirado na Psiquiatria Democrática, teve início a reforma psiquiátrica brasileira, na busca da substituição do modelo tradicional asilar para o modelo denominado psicossocial. Este novo modelo compreende um conjunto de transformações permanentes que ocorrem nos campos teóricos, assistenciais, jurídicos e socioculturais, marcado por tensões, conflitos e desafios ao propor a retirada do paciente com transtorno mental dos hospitais psiquiátricos e proporcionar cuidados necessários na comunidade. Tal modelo visa que o usuário seja o participante principal em seu tratamento e que este inclua a sua família e o grupo social (AMARANTE *et al*, 2011).

Assim, a reforma psiquiátrica visa uma nova maneira de atuação, tendo como foco a prática assistencial voltada para o indivíduo inserido em seu território, orientado por uma clínica ampliada, em que visa o sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. (BRASIL, 2008). Território compreendido não apenas como uma área geográfica, mas sim como aquele espaço que habitam pessoas, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igrejas, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca-se organizar com intuito de criar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (BRASIL, 2004a).

O nascimento da reforma psiquiátrica, deu-se no mesmo momento histórico de luta por uma nova proposta reorganizacional da assistência em saúde no Brasil com o projeto denominado de reforma sanitária, que ganhou força com as alterações no campo da saúde mental, chegando até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na qual propõe a criação de redes de serviços e ações regionalizadas e hierarquizadas, seguindo princípios como universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990).

Para Backes *et al* (2012), com o intuito de ampliar e fortalecer o SUS, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), sendo consolidado, em 1998, como Estratégia Saúde da Família (ESF). A estratégia nasceu na tentativa de repensar os padrões de pensamento e comportamento dos profissionais de saúde e cidadãos brasileiros, até então vigentes.

O objetivo da ESF é reorganizar a prática assistencial, centrando o cuidado à saúde no núcleo familiar como foco das ações de saúde, tendo o território como ponto estratégico de desenvolvimento do cuidado, e apostando em práticas que vão além daquelas baseadas na cura da doença e na hospitalização (BRASIL, 2004b).

Nessa perspectiva, a ESF tornou-se fundamental para a atenção das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares; com base no trabalho organizado segundo o modelo da atenção básica e por meio de ações comunitárias que favoreçam a inclusão social destas no território onde vivem e trabalham (CORREIA; BARROS, 2011). Assim, os serviços instalados na comunidade, como a ESF, tem um potencial em mãos que é o contato íntimo com os usuários, pois facilita conhecer os valores, os costumes e as crenças daquela comunidade.

No ano 2001 foi dado um passo importante para a consolidação da reforma psiquiátrica, sendo aprovada a lei federal nº 10.216, que objetiva a redução progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede extra-hospitalar com serviços substitutivos como CAPS, residenciais terapêuticos, leitos psiquiátricos em hospital geral, entre outros (BRASIL, 2001a). Além da criação destes serviços citados, para se ter uma atenção efetiva em saúde mental e uma reinserção do indivíduo na comunidade é preciso que haja uma articulação com outros recursos existentes em outras redes: sociosanitária, jurídica, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. (BRASIL, 2004a).

A partir de então, segundo Souza (2007), o número desses serviços extra-hospitalares começaram a aumentar e a ESF vem sendo uma aliada em relação ao atendimento no território, com programas e ações singulares. Os profissionais deste serviço utilizam como estratégia as ações de prevenção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e

contínua. Desta maneira, favorece uma assistência mais humanizada, o que possibilita a promoção da saúde e a redução das internações, contrapondo-se aos trabalhos desenvolvidos em hospitais psiquiátricos e em outras instituições de saúde voltadas para atividades somente técnicas.

A atenção básica deve ser a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde e é neste contexto que está inserida a ESF (BRASIL, 2011). Este serviço é um potencial para se trabalhar as ações voltadas para a atenção ao usuário de drogas uma vez que os profissionais conhecem o meio que o indivíduo vive podendo provocar mudanças neste contexto no decorrer do tempo. Porém abordar a temática das drogas no contexto da Estratégia Saúde da Família é, antes de tudo, um desafio. Isso porque, primeiramente, a dependência das substâncias psicoativas envolve questões que vão muito além das reações neuroquímicas dessas substâncias no organismo humano (BARROS; PILLON, 2007).

Para Moutinho e Lopes (2008), o uso de drogas se configura atualmente como um grave problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento. O consumo de álcool, tabaco, drogas controladas e daquelas consideradas ilegais aumentou rapidamente, contribuindo de forma significativa para a degradação da saúde da população mundial.

Para o referido autor, as drogas são consideradas todas as substâncias que, ao serem introduzidas, inaladas, injetadas ou ingeridas no organismo, provocam alterações no seu funcionamento, modificando uma ou mais funções. A utilização destas substâncias não é um fenômeno contemporâneo, pois acompanha o homem em sua evolução através dos tempos. Desde a antiguidade, o ser humano tem conhecimento de certas substâncias que alteram seu estado psíquico.

O consumo de drogas pelos indivíduos não envolve apenas a sua relação com o consumo da substância psicoativa, deve-se considerar as múltiplas dimensões da vida do indivíduo que são afetadas em função do uso/abuso de álcool e outras drogas (relacionamento familiar, convívio social, trabalho e saúde) (GONGALVEZ; TAVARES, 2007).

A legislação brasileira, relacionada às drogas, evoluiu de sistema totalmente proibicionista para um sistema menos repressor no que diz respeito aos usuários de drogas (VENTURA, 2011). No ano de 2004, o Ministério da Saúde definiu a Política para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, na qual passou a garantir não apenas ofertas de serviços para os portadores de transtornos mentais, mas também aos indivíduos que tem problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Esta política tem como diretrizes: a atenção integral à saúde de consumidores de álcool e outras drogas (prevenção;

promoção e proteção); modelos de atenção psicossocial, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e redes assistenciais; controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica; e padronização de serviços de atenção ao usuário de drogas (BRASIL, 2004a).

trabalhar com essa demanda não é uma tarefa fácil, pois muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência comumente prescritos pelos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário (BRASIL, 2003)

Reconhecer o consumidor de substâncias psicoativas, suas características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas, exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades (BRASIL, 2003).

Os profissionais da atenção básica, convivendo com a comunidade em que atuam, podem desencadear mudanças significativas na sua área de abrangência, se observarem o cotidiano dessas pessoas com base nas diretrizes e princípios do SUS. Sob esse aspecto, as atribuições fundamentais desses profissionais da atenção básica são o planejamento de ações de saúde, promoção e vigilância; trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral à família (BRASIL, 2006).

Para Barros e Pillon (2006), diante do exposto, mostra-se a importância da articulação entre a atenção básica, a saúde mental e a atenção aos usuários de álcool e outras drogas para enfatizar o propósito de modificações da prática assistencial visando a sua inserção e a integração dessa tríade por parte da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, com dados originários da pesquisa intitulada: Avaliação das Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família (MENTALESF), que teve como objetivo Avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (OLSCHOWSKY, 2011). Financiado pelo CNPq e pelo Ministério da Saúde (MS).

A referida pesquisa tratou-se de um estudo de natureza avaliativa, do tipo estudo de caso, desenvolvido em uma Estratégia Saúde da Família do município de Porto Alegre/RS. Foi utilizada a Avaliação de Quarta Geração como referencial teórico-metodológico do estudo. Nela, o foco central do processo avaliativo foi apreender o cotidiano do serviço, sua dinâmica, a forma com que os sujeitos interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática (GUBA; LINCOLN, 1989).

A abordagem qualitativa, utilizada para este estudo, se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. É utilizado especialmente para pesquisas com grupos delimitados e focalizados, sob a ótica dos atores e de suas relações, permite desvelar processos sociais pouco conhecidos e construir novas abordagens, conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2008).

Nesta pesquisa foi utilizado estudo de caso, o qual é uma investigação empírica que aborda um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão definidos. A investigação através do estudo de caso busca apreender uma situação tecnicamente única baseando-se em várias fontes de evidência, com os dados convergindo num triângulo e beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas, que visam a conduzir a coleta e a análise dos dados (YIN, 2005).

4.2 Local de Estudo

A unidade Estratégia Saúde da Família Pitoresca foi escolhida para a realização do estudo originário desta pesquisa. A referida ESF Localiza-se no bairro Jardim Bento Gonçalves, zona leste da cidade de Porto Alegre/Rio Grande do Sul, pertencente à Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/Partenon.

Esta unidade possui duas equipes de saúde, subdivididas em 8 microáreas, abrangendo cerca de 5.657 pessoas (SIAB, 2008).

A escolha do local do estudo foi intencional pela inserção da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul nesse campo por meio do Estágio Curricular de Graduação, das práticas pedagógicas da disciplina Enfermagem em Saúde Mental II e do Estágio de Docência dos alunos de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem junto a disciplina Enfermagem em Saúde Mental II.

4.3 Participantes do Estudo

Os participantes deste estudo foram os integrantes das duas equipes atuantes na ESF Pitoresca, compostas por: dois médicos; duas enfermeiras; quatro técnicos de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde. Também fizeram parte deste grupo de participantes três profissionais da equipe de matriciamento do Distrito Lomba do Pinheiro/Partenon, composta por uma psicóloga, uma assistente social e um médico psiquiatra, totalizando 16 participantes.

Todos atenderam aos critérios de inclusão que é fazer parte do quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Porto Alegre e estar atuando no serviço da ESF Pitoresca há pelo menos seis meses no período da coleta de dados.

4.4 Coleta dos dados

Os dados foram obtidos no banco de dados da pesquisa “Avaliação das ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família (MENTALESF)” (OLSCHOWSKY, 2011).

As informações foram coletadas de setembro de 2010 a março de 2011 por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais da equipe de saúde da ESF Pitoresca, sendo registradas em gravadores digitais e, após, transcritas na íntegra para serem analisadas. Para as entrevistas, foi realizada a seguinte questão norteadora: fale-me sobre o atendimento em saúde mental na ESF.

4.5 Análise das informações

Para o tratamento das informações foi utilizada a análise categorial descrita pela técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2004). Esta modalidade de análise visa descobrir os núcleos de sentido expressos no material empírico analisado - depoimentos dos sujeitos – por meio de três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação.

Para a referida autora a pré-análise compreende a leitura flutuante, a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses, dos objetivos e a preparação do material. A etapa seguinte é a exploração do material que consiste na codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregadas em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2004)

Por último, procede-se o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, em que ao se descobrir um tema nos dados, é preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unifique; quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possa haver entre eles. Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar atentamente aos marcos teóricos, pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação (BARDIN, 2004).

4.6 Aspectos Éticos

O projeto que deu origem a este estudo “Avaliação das Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família” (MENTALESF) (OLSCHOWSKY, 2011), foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde de Porto Alegre, RS (CEP/MSPOA), sob o parecer nº 001.056577.08.7/2008 (ANEXO 1). Aos entrevistados foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), em que constam os objetivos da pesquisa, assim como, foi assegurado a possibilidade de recusar-se em participar. Uma das vias ficou de posse do participante e a outra com o pesquisador, conforme a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). Os nomes dos participantes da pesquisa foram alterados para nomes fictícios a fim de preservar os aspectos ético-legais.

A coordenadora do projeto “Avaliação das Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família” (MENTALESF) formulou uma declaração de autorização (ANEXO 2) para possibilitar a realização de subprojetos com os dados remanescentes da pesquisa. As entrevistas dos participantes do estudo foram gravadas através de gravador digital e serão guardados por cinco anos. Após este período, o material será inutilizado.

Os aspectos éticos de autores referenciados estão assegurados de acordo com a lei dos direitos autorais de número 9.610 de 19/02/1998 (BRASIL,1998). Estes foram referenciados conforme as normas de citação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

O projeto deste estudo foi avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ-EENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO 3).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos depoimentos da equipe de saúde da ESF nos permitiram organizar os conteúdos das entrevistas e agrupá-las em três categorias: Ações centradas para o modelo médico-centrado; ações centradas para modelo psicossocial e as dificuldades encontradas pelos profissionais.

5.1 Ações centradas para o modelo médico-centrado

De acordo com os depoimentos, as ações centradas para a atenção ao usuário de drogas realizadas pelos profissionais da ESF estudada ainda está em fase de implementação, pois muitos deles não realizam atividades voltadas especificamente para esta população. E, quando realizam são ações fragilizadas e limitadas, pois observa-se uma tentativa de manejo de alguns casos na queixa clínica do usuário o que caracteriza ações curativas com predomínio do poder hegemônico do médico como aparece nos depoimentos a seguir:

Eles [médicos] medicam, eles fazem um acompanhamento [...] a gente orienta para ir ao PAM3 [Posto de Atendimento Médico], mas demoram [...] (EP8).

Vem o médico dá uma medicação para ver se segura, para ver se consegue fazer com que não use (EP1).

Eles [médicos] tentam encaminhar para um CAPS, eu acho, assim, parece que esse tipo de encaminhamento tem pouca força para conduzir o dependente químico até lá (EP7).

Como vemos, algumas intervenções relatadas estão centrados no modelo biologista através de medicações e encaminhamentos, já que o foco do tratamento é a doença, orientado na cura. Esta condição, parece-nos estar na contra mão do que prevê a Reforma Psiquiátrica, na qual o atendimento na ESF deve-se focar na humanização, na prevenção e na interdisciplinaridade, buscando diferentes saberes e práticas para poder entender a complexidade do problema, podendo englobar o contexto sócio-econômico e cultural daquele

usuário e não só encaminhar e delegar ao a médico a responsabilidade pelo cuidado do indivíduo.

Os outros profissionais da ESF (enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS) também devem se agregar para a realização do cuidado em saúde mental a esses indivíduos, identificar os casos, trazer para discussão com a equipe. Para tanto torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias para a criação de ferramentas que possibilitem a inserção efetiva desses profissionais no campo da promoção da saúde e prevenção do uso/abuso de drogas (MOUTINHO, LOPES, 2008).

Não há dúvida que a sociedade necessita dessas intervenções, mas precisa também de ações que englobem outros aspectos além da patologia com envolvimento de amigos, família, trabalho, lazer, educação, cultura. Precisam de intervenções que valorizem os indivíduos como pessoas que estão inseridas em uma comunidade, que possam ser participantes ativas no seu cuidado e optarem pelo melhor tratamento/cuidado.

A prática fundamentada no modelo biomédico e a lógica dos hospitais psiquiátricos já era um domínio dos profissionais baseados em vigiar, excluir, isolar e ofertar medicamentos. Agora, estamos em construção de um novo e desconhecido modo de fazer saúde mental em que é pautada na perspectiva psicossocial, que busca atender ao sujeito em sofrimento psíquico e sua família nas dimensões sociais, de inclusão, reabilitação psicossocial, inserção comunitária e na produção social de vida. (LUCCHESI *et al*, 2009).

A maioria dos profissionais relata que realizam o encaminhamento dos usuários para outros serviços:

Aqui a gente encaminha para dependência química no São Pedro [hospital psiquiátrico] (EP9).

Eu tenho usuários de drogas na minha área e a família vem perguntar o que fazer e eu digo que tu só pode chamar o PAM3, quando eles tiverem em surto para levar. Aí levam, internam, vão para o Espírita[...] (EP1).

[...] Eu acho que tirando [...] encaminhamentos pra internação, alguma prescrição temporária de medicação [...] eles só vem no momento da crise ou precisando de alguma coisa mais pontuais [...] (EP5).

[...] e é o X [médico] consegue dá aquele primeiro atendimento bom e vai encaminhando [...] (EP4).

O encaminhamento para o serviço especializado é uma ação freqüente na ESF, levando a uma sensação de que algo foi resolvido. Como o quadro clínico da dependência de drogas está relacionado com um tipo de transtorno psiquiátrico, e o tratamento para os mesmos foi por muito tempo hospitalocêntrico, pode fazer sentido considerar importante um lugar no hospital a esse paciente (BARROS; PILLON, 2007). Essa prática de encaminhamento é perigosa, no momento em que se reproduz o paradigma biomédico, considerando o hospital psiquiátrico o único local para a intervenção sobre a doença (WETZEL *et al*, 2011).

Esse modo de operar advém de um modelo tradicional de saúde que enxerga o sujeito de maneira fragmentada e desenvolve tecnologias voltadas ao indivíduo fracionado, muitas vezes privilegiando o aspecto biológico (DELFINI; REIS, 2012).

A internação em si não é o tratamento, mas apenas uma estratégia de enfrentamento da dependência em situações especiais, objetivando a promoção inicial de abstinência do uso ou a terapia de complicações advindas do consumo abusivo (ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

A internação é apenas uma etapa necessária para o tratamento de alguns usuários de drogas na medida em que requer um ambiente protegido para a desintoxicação. Entretanto, não deve ser o único, pelo contrário, a rede de serviços de saúde e recursos institucionais e humanos da sociedade deve ser recorrida para o enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo de drogas.

Como formas alternativas à internação, são implementados espaços de atendimento como: ambulatórios, centros de atenção psicossocial (CAPS), ESF, hospitais-dia, unidades psiquiátricas de internação e de emergências em hospitais gerais, além de outros recursos - como oficinas terapêuticas, grupos de convivência, lares abrigados, cooperativas de trabalho e a prática clínica do acompanhamento terapêutico. Estes recursos vão ao encontro do processo de subjetivação e de transformação não apenas da assistência, mas da própria concepção de transtorno mental e de sofrimento psíquico (PITIÁ; FUREGATO, 2009).

A maioria dos usuários de drogas pode utilizar estes serviços, principalmente a ESF por ser um local privilegiado para o cuidado em saúde, já que é possível reconhecer a realidade daquele usuário, assim como, identificar situações dificultadoras e facilitadoras que possam auxiliar o usuários de drogas. Uma das propostas da política de atenção ao usuário de drogas é desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição (BRASIL, 2003).

Na ESF é necessário considerar a adequação dos serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a individualidade e a privacidade dos clientes. Isto reporta a questão da

ambiência, pois esta é marcada tanto por tecnologias assistenciais, como por outros componentes estéticos ou sensíveis captados pelo olhar, olfato, audição, como por exemplo, luminosidade, os ruídos e a temperatura, que também influenciam na qualidade da assistência oferecida (BRASIL, 2004b).

Esses elementos são expressos na forma de acolhimento, na atenção dispensada, na interação entre os trabalhadores, que propiciam bem-estar do usuário, uma vez que a pessoa quando se reconhece no ambiente, se sente mais segura para expressar suas reais necessidades, o que permite o estabelecimento de um elo de confiança, fazendo deste serviço e desta equipe referência para o mesmo (BUCHELE *et al*, 2006).

Para contrapor aos encaminhamentos, surge o apoio matricial que constitui um arranjo organizacional que oferece um suporte técnico em áreas específicas às equipes básicas de saúde. Com a responsabilidade compartilhada estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. Isto significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise da singularidade de cada caso (BRASIL, 2003).

Outra ação relatada pelos entrevistados é a questão dos medicamentos em que abordam como ações de tratamento para abandonar as drogas e outros para mantê-los em abstinência até uma consulta especializada ou uma internação:

[...] eles não ficam até consultarem sem medicação nem nada, então acho que isso ajuda também que não tenham acontecido tantas urgências nem emergências [...] os médicos do posto vai dando suporte até a consulta [...] a gente consegue ficar acompanhando: “tá tomando a medicação, vai na consulta?” [...] a gente conversa, a gente traz medicamentos. Marca consulta, rever os medicamentos, acompanha, acompanha com o familiar, traz pro médico que não tá tomando o medicamento(EP4).

[...] Em relação aos usuários de droga, ele vem aqui pede ajuda e tal, encaminha para alguma coisa, o médico receita alguma coisa ou encaminha[...] (EP3).

Embora, as falas foquem no uso de medicamentos, elas também trazem uma responsabilização por parte dos profissionais para com o usuário de droga, dando suporte e acompanhando pelos ACS no próprio território até a consulta. Dessa maneira, as ações da equipe da ESF voltados para o usuário de drogas é marcada pela questões biológica, porém dentro desta prática coexiste com ações psicossocial.

5.2 Ações centradas para o modelo psicossocial

O modelo psicossocial pressupõe que o problema das drogas advém da interlocução entre os problemas psicológicos do usuário, a interação familiar, o aprendizado social, ao atribuir um papel ativo para o usuário na sua dependência e um papel de influência do ambiente social, sendo que o alvo da intervenção é a interação droga-indivíduo (SCHNEIDER, 2010).

A atuação dos profissionais não fica apenas na atuação do modelo biologista, existem os que realizam prática centradas no modelo psicossocial, o qual tem a família como unidade de cuidado, além de utilizar-se a conversa, o acompanhamento e a escuta enquanto ações:

A gente conversa, eu sei porque eu tive experiência de droga em casa [...] a gente faz visita, acompanha, marca consulta[...] (EP1).

[...]a gente consegue ficar acompanhando: “ta tomando a medicação? vai na consulta” procurando que o familiar vá junto (EP4).

A pessoa quando entra na droga fica doente [...] precisa acompanhar [...], sendo ouvido, tendo uma terapêutica que possa ouvir seus problemas, porque às vezes ele pode voltar para a droga, mas o problema está em casa e ele quer contar para alguém e não tem para quem contar, às vezes que conversar [...] (EP6).

A atenção ao usuário de droga deve englobar às diversas áreas que pode afetar o ser humano como a vida social, a familiar, a saúde física e a mental. O ato de conversar, de realizar visita domiciliar e de acompanhar, são maneiras de atuarem na qual não precisa ser um profissional distinto para realizar, pode ser efetivado por qualquer pessoa. Estas intervenções com o usuário pode possibilitar uma maior interação entre usuário e profissional, o que favorece a criação de vínculo entre estes atores e tal relação amplia a eficácia das ações em saúde.

O vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2011).

Quando se trabalha com a atenção básica, há uma necessidade de formar vínculos com a comunidade, garantindo ao indivíduo uma assistência integral e contínua. O paciente deve ser entendido e abordado sob a ótica da totalidade numa perspectiva holística que tem como foco principal o ser humano na compreensão e tratamento do problema ou desconforto, pois o indivíduo deve receber os aportes necessários para alcançar o seu equilíbrio (PILLON; LUIS, 2004).

Quando o profissional forma vínculo, acompanha o usuário, realiza visita em sua residência cria-se à possibilidade de detectar precocemente o uso de álcool e outras drogas, a fim de reduzir possíveis danos, devendo sensibilizar o usuário a buscar alternativas de tratamento (BRASIL, 2003). Para que a equipe de saúde consiga identificar o que o usuário está necessitando, precisa haver um grau de confiança mútuo, o profissional precisa conversar, saber ouvir, valorizar as queixas do usuário e incentivá-lo a falar e refletir sobre o seu comportamento.

O diálogo com estes pacientes se constitui numa forma de oferecer-lhes ajuda, talvez o instrumento mais valioso nesse relacionamento. Ao estabelecer o diálogo, os profissionais criam a possibilidade de cuidar destas pessoas, revertendo, ou mesmo reorientando suas condutas frente ao fenômeno das drogas (CARRARO; RASSOOL; LUIS, 2005).

A ação de desabafar as aflições vividas os ajudam a amenizar o sofrimento e a criar novas alternativas para resolver as suas dificuldades. Assim, o usuário precisa falar e alguém precisa acolhê-lo e ouvi-lo. Sendo então, a escuta uma ação que auxilia a minimizar o problema, pois ao falar para outro promove o alívio e ao mesmo tempo faz com que a pessoa possa refletir melhor sobre sua situação e estar em condições para optar pelo que decidir ser o melhor (MIELKE *et al*, 2010).

É cada vez mais evidente que ao abordar o usuário de drogas não se pode considerar um evento isolado, já que se insere em um evento dinâmico e complexo, não traz apenas um problema para o usuário, afeta a todos: usuário, família e sociedade (CARRARO; RASSOOL; LUIS, 2005).

Proporcionar tratamento na atenção básica, garantir o acesso a medicamentos, prestar atenção à comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades/famílias/ usuários, formar recursos humanos, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos, são práticas que devem ser obrigatoriamente contempladas pela política de atenção a usuários drogas, em uma perspectiva ampliada de saúde pública (BRASIL, 2001b).

Os profissionais trouxeram a importância de conseguir trabalhar em uma rede de serviços de saúde para o usuário de drogas com ações no território:

[...] tenta trabalhar com as unidades, com os grupos de auto-ajuda na comunidade, tem o ambulatório de dependência química do São Pedro, tem um grupo que está acontecendo agora lá no Murialdo, sou eu e o redutor de danos que participamos. Quando sai de uma fazenda terapêutica, de uma internação, em alguns momentos, infelizmente, a gente ainda não tem CAPS, e a gente vai usando outros recursos. Já usamos recurso da oficina terapêutica também pra alguns casos, então cada caso tem que ser avaliado pra se pensar na proposta de tratamento [...]. A gente criou esse grupo e é mais uma porta aberta pra começar a acolher. O redutor de danos veio para gerenciar agora em outubro e é uma situação nova pra nós porque antes os redutores de danos ficavam lá no Postão da Cruzeiro e agora eles foram distribuídos na gerência (EP12).

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2004b). E, a redução de danos exerce um papel imprescindível já que reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas, não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida.

O Manual de Redução de Danos orienta a execução de ações para a prevenção das consequências danosas à saúde que decorrem do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo (BRASIL, 2001b).

A estratégia de redução de danos é uma prática recente no serviço e, portanto, necessita ser discutido com a equipe a finalidade de tal inserção, os aspectos técnicos e políticos, para não correr o risco dessa figura (redutor de danos) ser subutilizada ou mesmo ter o ser papel distorcido. Isto porque o modelo tradicional ainda é marcante nas ações dos profissionais de saúde.

O redutor de danos ficava restrito ao serviço especializado e agora está inserido no território, vivenciando junto com a equipe da ESF o ambiente, discutindo os serviços

comunitários existentes, analisando as alternativas. Desta forma, facilita a compreensão e complexidade do atendimento na comunidade, melhora a qualidade de atendimento às pessoas em situações vulneráveis que necessitam de maiores cuidados.

5.3 Dificuldades na atenção ao usuário de drogas

A insuficiência de ações e recursos na comunidade na atenção ao usuário de droga é abordada pelos profissionais como um problema para o bom desenvolvimento de práticas voltadas para esta demanda:

[...] em relação aos usuários de drogas, ele vem aqui, pede ajuda [...] mas não tem uma coisa adiante daqui [...] um tratamento não é feito aqui dentro, nem tem como ser feito, isso aí a gente não tem nada assim específico, nenhum programa (EP3).

Não tem muitos recursos, é longe do centro da cidade, não é uma localidade que oferece cursos para os jovens (EP7).

[...] fica afastado, vai para uma fazenda ou vai fazer alguma outra coisa fora e daí, quando volta, [...] volta para o mesmo local, encontra as mesmas pessoas, entra na mesma rotina, continua fazendo a mesma coisa e, daí, termina recaindo e caindo de novo na droga (EP11).

Eu acho que deveria ter uma atividade para eles fazerem depois que saísse, fizesse o tratamento, aqui a gente encaminha para dependência química é no São Pedro e é isso aí não tem mesmo, eles saem e depois ficam sem fazer nenhuma atividade mesmo (EP9).

Agora o X [médico] encaminha para o matriciamento, tipo assim, a fazenda terapêutica falta o retorno que a pessoa tá voltando e ter alguma coisa pra fazer pela aquela pessoa, sabe, uma atividade alguma coisa assim uma continuidade, porque eles voltam, aqui é ponto onde tem as drogas, voltam, ficam lá quatros meses, cinco meses, e olhe lá, voltam e ficam no máximo um mês e retornam a mesma coisa então talvez faltasse mesmo alguma coisa de continuidade [...](EP4).

Apesar das transformações, que ressignificam o fenômeno da loucura e a própria concepção de saúde no território, os serviços substitutivos ainda enfrentam dificuldades para avançar quanto à inserção no espaço do território (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Os recursos da comunidade são fundamentais para se alcançarem resultados efetivos no processo de reabilitação psicossocial dos usuários em sofrimento psíquico. A partir do momento em que o usuário encontra na comunidade serviços e atividades capazes de acolhê-lo e incluí-lo, ele passa a ser reconhecido pela sua comunidade e se reconhece como parte dela, atuando como cidadão com direitos e deveres na luta pela qualidade das ações em saúde, as quais contemplam a saúde mental (MIELKE; COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2012).

Com estes depoimentos, mostra-se que não existe um planejamento integrado das ações na atenção ao usuário de droga na unidade. Com esta atitude, indica um cuidado não integral em que o usuário de droga aparece como um elemento estranho e desestabilizador da rotina assistencial dos profissionais.

Os profissionais trazem que os usuários não aceitam ou tem dificuldades em utilizar alguns serviços:

[...] até tem esses CAPS, esses grupos, mas geralmente usuários de droga crônicos não aceitam esse tratamento[...] (EP10).

[...] e tem um grupo, nas segundas feiras, à tarde, que é também de dependentes químicos [no São Pedro] [...]. Não tem nenhum paciente meu inserido lá, eu acho [...] acho que tinha que marcar consulta e eles não vão marcar[...]Acho que nenhum deles se motivou [...].Então, em termos de fazer um acompanhamento, no máximo, dois, três meses. Não consigo fazer mais do que isso por dificuldade, assim, né? De buscar o paciente [...] dificuldade do paciente voltar (EP5).

Adesão do usuário de droga ao tratamento não é uma tarefa fácil e nenhum serviço dispõe de todos os recursos e competências necessárias para solucionar os problemas de saúde em sua totalidade. É necessário estabelecer parcerias e utilizar recursos no âmbito da comunidade, com ações conjuntas e compartilhadas. Dessa maneira, existe a necessidade da articulação intersetorial para abranger a complexidade deste tema.

A intersetorialidade se constitui em uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades complexas das pessoas. A intersetorialidade é uma estratégia de articulação de recursos e implica necessariamente na negociação de propostas no horizonte político do território e das políticas públicas (JARDIM *et al*, 2009).

[...] quando é jovem já começa a nossa dificuldade porque eles não querem atendimento, a gente consegue ajudar a família [...] eu já tive casos de a mãe chegar e dizer: ele não quer, não adianta [...] (EP8).

A compreensão da psicodinâmica dos adolescentes tem sido um desafio para os profissionais da saúde mental e mais complexa ainda é a compreensão daqueles que utilizam substâncias psicoativas. O profissional deve compreender que esse sujeito ainda não é um adulto, mas também não é uma criança; é preciso empenhar esforços para conquistar a confiança do usuário estimulando o diálogo, a amizade, sem perder o foco na terapêutica, uma tarefa que exige habilidade do profissional (DIDONET; FONTANA, 2011).

Para alcançar uma maior resolução no atendimento aos usuários de droga deve-se pensar em um atendimento em rede, envolvendo o setor saúde e outros setores da sociedade, abordando diferentes estratégias e áreas que estão afetando o usuário, enfatizando o tratamento na comunidade e a sua participação no cuidado. Assim, talvez possa alcançar a motivação e a adesão dessa demanda aos serviços de saúde.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas preconiza uma rede de assistência formada por serviços sociais e serviços de saúde extra-hospitalares articulada à rede de saúde mental com foco na atenção comunitária, ou seja, orientada pelos conceitos de território e rede, e que observe os princípios estabelecidos pela reforma psiquiátrica, adotando a busca ativa e o acolhimento como forma de captação da demanda local (BRASIL, 2003).

Os profissionais que atuam na ESF devem ter a criatividade, a sensibilidade e a renovação do conhecimento para atender a população, principalmente se tratando de usuário de drogas. Para buscar essa criatividade e melhorar a humanização da assistência é necessária a qualificação profissional, onde as velhas práticas precisam ser substituídas e reinventadas, no intuito de concretizar a mudança na ação desenvolvida, abrindo oportunidades e novos caminhos para uma assistência competente e humanizada. (NASCIMENTO; BRAGA, 2004).

Dentre outras alternativas, a educação permanente em saúde torna-se fundamental em cenários como este devido à complexidade do cuidado ao sujeito usuário de drogas, e deve ser visto e exercido a partir do contemporâneo modelo biopsicossocial de saúde, que envolve determinantes e condicionantes sociais e sobre o qual deve abarcar o indivíduo, os familiares, as causas e consequências do consumo em suas vidas, o impacto gerado, entre outros, o que requer constante atualização (DIDONET; FONTANA, 2011).

A educação permanente contribui auxiliando na compreensão da complexidade da situação do usuário, e por outro lado, proporciona um espaço para discussões conjuntas destes profissionais sobre os reais problemas enfrentados na comunidade e auxilia a propor novas estratégias para o enfrentamento de tais necessidades.

Um profissional relata haver um recurso existente na comunidade que é o campo de futebol que às vezes ocorrem torneios, sendo que a maioria dos profissionais não citou esse recurso o que demonstra um desconhecimento acerca dos dispositivos existentes na comunidade:

[...] os amigos também usam drogas e aí acaba entrando de novo... A única coisa que tem aqui é o campo de futebol que de vez em quando tem um torneio [...] eu acho complicado: cabeça vazia é oficina para o diabo, aí eles acabam caindo de novo (EP7).

Uma das dificuldades que os usuários enfrentam durante o tratamento é o desligamento do antigo círculo social de amizades. Sabe-se que esse afastamento é indispensável para a manutenção da abstinência, portanto é necessário que o profissional planeje intervenções para enfraquecer e/ou romper tais vínculos, auxiliando o usuário na criação de novas estratégias que suprirão as exigências emergentes dessa mudança (CAVALCANTE *et al*, 2012).

O profissional deve auxiliar o usuário a redescobrir outras fontes de prazer, que antes eram ocupados pela substância química, tais como atividades físicas, de música ou de artes, de interesse do sujeito (DIDONET; FONTANA, 2011). A utilização do futebol pode ser considerando uma ótima oficina e alternativa de prazer, para interagir com outras pessoas, de criar novas redes sociais, despertar novos interesses e afastar o círculo de amigos que usam drogas e alcançar a manutenção da abstinência.

As redes sociais apresentam expressiva importância, na medida em que influenciam a auto-imagem do indivíduo e são centrais para a experiência de identidade e competência, muito particularmente na atenção à saúde e adaptação em situações de crise (CAVALCANTE *et al*, 2012).

Através do futebol ocorre o reconhecimento dos envolvidos como cidadãos e tolerância às diferenças (CASSANDRI; SILVA, 2009). Esta atividade traz muitos benefícios para as pessoas que usufruam dela como atividade de lazer saudável, do melhoramento da

disposição e do condicionamento físico, mas principalmente favorece as interações e o relacionamento interpessoal dos participantes.

No trabalho comunitário é possível identificar os fatores de proteção e de riscos determinantes para o uso indevido de drogas que pode ser encontrado em todos os domínios da vida: no próprio indivíduo, na família, na rede de amizades, na escola ou no trabalho, na comunidade ou em qualquer outro nível de convivência sócio-ambiental. É importante notar que estes fatores não ocorrem de forma estanque, havendo grande possibilidade de que atuem de forma combinada, podendo ampliar a variabilidade de influências que podem ser exercidas sobre uma pessoa (SENAD, 2006).

Se existem fatores de risco atuantes em cada um destes domínios, também podem ser identificados fatores específicos de proteção. A combinação dos fatores de risco nestes diversos níveis pode tornar uma pessoa mais ou menos vulnerável para fazer uso indevido de drogas. Assim, mostra-se a importância de reconhecermos os potenciais e competências existentes em cada pessoa, nos grupos e na comunidade na prevenção do uso de drogas (SENAD, 2006).

Já na questão de rede social, mostra-se uma preocupação de profissionais em trazer para o cuidado do usuário a família, os agentes comunitários, enxergando-os como unidade programática de ações de cuidado:

[...] recursos na comunidade a gente tem, no meu ponto de vista, o agente comunitário, que traz pra gente essas situações. Eles fazem um papel importante nessa área, no conhecimento da área, das pessoas [...] um dos recursos poderia ser a própria família, e o próprio posto de saúde pra manter uma continuidade nesse tratamento com consultas, avaliações periódicas[...]. Os agentes comunitários podem fazer visitas, manter o acompanhamento, ver se tá tomando o remédio, busca ativa quando faltam as consultas(EP13).

[...] o posto é apenas uma alavanca e às vezes não tem uma família estruturada para levar o dependente químico. Então, às vezes, eles vem até aqui, a equipe se empenha, mas não se tem a participação da família e ficam por aqui mesmo, não saí dentro do posto[...] quando o dependente químico volta, ele volta querendo o amor da família [...] então eu vejo quando chega a voltar na comunidade o que ele vai buscar? ele busca a família [...](EP7).

O agente comunitário de saúde (ACS) representa um elemento importante no contexto da ESF e é considerado como personagem-chave na organização da assistência, na medida em

que assume uma posição bidirecional, pois é morador da comunidade em que trabalha e, simultaneamente, integrante da equipe de saúde (PERES *et al* 2011).

Os ACS realizam a escuta, orientações, fazem acompanhamento de usuários e visita domiciliar; quando identificam casos, encaminham para a ESF ou para outro estabelecimentos de saúde, esperando melhorar a situação de vida do usuário, acolhendo-o em momentos de sofrimento, oferecendo-lhe tratamento na ESF ou em outro estabelecimento de saúde para a melhoria da sua situação de saúde (prevenindo crises, monitorando o uso de medicações e de frequência às consultas) e da sua situação social (tentando minimizar os problemas relacionados ao consumo de drogas e ao *mundo do crime*) (CAMATTA, 2010).

Outro recurso citado é a família, os profissionais da ESF devem procurar construir, neste contexto, atitudes de solidariedade e compreensão junto a ela para se tornar uma parceira, na difícil tarefa de prevenir e/ou tratar as consequências que a dependência química faz para ele, usuário, como também para as pessoas que convivem com ele.

A assistência aos usuários de drogas deve incluir intervenção sistemática com as famílias e a mobilização de diferentes recursos da sociedade no intuito de identificar situações problema e, no interior do contexto sociofamiliar destes indivíduos, construir estratégias de enfrentamento. Assistir famílias possibilita-nos entender que o usuário é um seguimento da família, e que esta é de vital importância para a recuperação de sua saúde. Os profissionais de saúde necessitam conhecer a estrutura familiar, sua dinâmica e as interações que essa família possui e estabelece nos contextos em que transita, para assim atender às suas reais necessidades, buscando fortalecer e manter os vínculos apoiadores (PRIMIO *et al*, 2010).

Os primeiros vínculos que o indivíduo desenvolvem são os familiares e, com o passar do tempo, essa rede vai se expandindo através do desenvolvimento de novos vínculos na rua, na escola, no trabalho e em outros espaços. O tempo, os acontecimentos individuais ou coletivos, os espaços frequentados, e as atitudes tomadas frente às diversas situações, certamente tendem a fortalecer, enfraquecer e/ou romper vínculos antigos que passam a exercer novas funções e conseqüentemente surge a necessidade de novos vínculos que suprirão as exigências emergentes das mudanças. Assim, as redes são sistemas dinâmicos, cujos vínculos precisam ser nutridos positivamente para a manutenção das funções positivas que exercem sobre o indivíduo (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006).

A família e a equipe de saúde devem estar em articulação contínua, um acolhendo o outro, e esta última ajudando e dando suporte com o saber científico e o primeiro auxiliando com a vivência inerente ao convívio com o usuário de drogas e com todas as suas dificuldades enfrentadas: crises, conflitos, culpas e isolamento social. Com isso, é demonstrado toda a

importância que se deve dar a família, na busca de auxiliar na prevenção e tratamento o usuário de drogas.

Através dos depoimentos, percebemos que a falta de estrutura da rede de atenção ao usuário de droga é um dos principais fatores de dificuldades no atendimento a essa demanda. Esta rede não está pronta para atender todos esses indivíduos e os poucos serviços existentes estão desarticulados, o que acarreta na ausência das referências e contrarreferências e, por conseguinte, o tratamento é interrompido pela falta de suporte.

[...] cura não tem, pelo menos... uma internação longa, uma desintoxicação, isso aí é mais difícil. Eu acho que cada trinta dependentes químicos, você consegue internar um(EP10).

[...] Outra coisa que eu percebo, assim, é de dificuldade de internação, muita gente querendo internação[...] (EP5).

[...] é difícil a gente conseguir ter uma visão total da rede quando a rede é fragmentada[...] (EP2).

Os depoimentos demonstram as dificuldades sentidas pelos profissionais em utilizar os serviços existentes da rede, principalmente para conseguir uma internação para desintoxicação. Com isso, o cuidado oferecido tem tido pouca efetividade, pois o atendimento aos usuários não tem uma continuidade, o que acarreta um prejuízo no tratamento desses usuários.

Isso ocorre devido à insuficiência do número de serviços para tender as necessidades dos indivíduos usuário de drogas e os poucos os serviços existentes ficam isolados e incomunicáveis uns com os outros, sendo assim, são incapazes de ter um atendimento de forma contínua. Desde 2001 (Brasil, 2001a) existe uma preocupação no campo da Atenção Psicossocial em aumentar o número de serviços extra-hospitalar para obter uma rede integral de serviços, mas, além disso, deve haver um atendimento cooperativo e interdependente entre os serviços, considerando todos com a mesma importância. Assim, poderá acarretar em um cuidado mais efetivo e integral, utilizando-se da prevenção, do tratamento com enfoque comunitário, levando em consideração a participação ativa do indivíduo usuário e de sua família, além da reinserção na sociedade.

As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos (SILVA, 2011).

A falta de serviços e uma rede de apoio ao cuidado integral é frequentemente percebida como fator dificultador no cuidado ao usuário, uma vez que as equipes de saúde da família necessitam de suporte e parcerias para o desenvolvimento de suas ações, seja de profissionais ou de serviços que servem de referência, dentre eles os de saúde mental. Muitas vezes a ausência destes serviços, ou mesmo sua inoperância, acaba por dificultar o cuidado na atenção básica, limitando o avanço da reorientação do modelo assistencial em saúde, reafirmando assim o modelo biomédico de atenção.

Um princípio importante a ser adotado é o do sistema em redes usuário-centrado, no qual devem estar instituídas linhas de cuidado levando em conta a singularidade de suas demandas e necessidades (SILVA, 2011).

Os principais componentes das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde são: os espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde; os serviços de saúde devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos; a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários e o sistema de governança (SILVA, 2011).

Para que ocorra uma ampliação da maneira de atender aos usuários, que compreenda a sua subjetividade, é necessário que os serviços trabalhem articulados, com coresponsabilização, já que nenhum serviço especializado, de modo isolado, corresponderá a uma clínica ampliada com abordagem integral (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A articulação entre a atenção básica em saúde e a rede de serviços substitutivos de cuidados à saúde mental é de suma importância para estabelecer a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira e resgatar a cidadania do indivíduo com transtorno psíquico, sobretudo aqueles que fazem uso de drogas

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2003) preconiza que a assistência a esses usuários deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-ad), devendo também estar articulada ao Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e Rede Básica de Saúde.

Drogadição, vício em crack, tá se conseguindo internar essas pessoas, fica 28 dias internado. E daí? O que diz a lei, conforme seria? Que a pessoa que tem internação psiquiátrica deveria ser acompanhada por uma equipe de um CAPS depois. O que acontece com um cara tipo viciado em crack? Ele sai e não tem esse recurso. Ele recebe alta, “tchau e

benção” e daí volta para o mesmo local onde tudo acontecia. E, às vezes, volta com encaminhamento: procure a sua UBS. Mas o que a minha UBS pode oferecer para essa pessoa que tem essa necessidade tão crítica? (EP2)

A fragmentação da rede demonstra não haver uma responsabilização compartilhada entre os serviços de saúde mental e unidades da ESF, não ocorrendo um acompanhamento do usuário no território após alta da internação. Isto dificulta a continuidade da atenção e da constituição de vínculos no processo de cuidado à saúde acarretando em um cuidado sem articulação, incompleto e ineficaz.

Com isso, facilita o abandono do tratamento e aumenta recorrência de internações, caracterizando o fenômeno de porta giratória (internação – alta – internação). A continuidade de cuidados aos usuários e familiares no território, especialmente na ESF, contribuiria profundamente para minimizar este fenômeno. É necessário um apoio contínuo entre a ESF e CAPS, sempre ocorrendo discussões de casos com o matriciamento, para isso é necessário haver educação permanente dos profissionais para atingir a potencialidade de cada serviço e qualificar o atendimento ao usuário de droga.

Nunca é demais, portanto, insistir que é a rede – de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não-governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente, alimentando-se enquanto rede – que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida (BRASIL, 2004a).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de drogas é vivenciado em qualquer parte da nossa sociedade e atinge todas as faixas etárias, raças e classes. Esse assunto é de grande relevância para a saúde pública e gera as mais diversas complicações para o usuário e para a sociedade. A ESF é um dos serviços com potencial para lidar com o dependente químico, lugar este que se dá o início do tratamento e, após, se necessário, a internação para desintoxicação, ocorre o acompanhamento no território, conhecendo toda a realidade que envolve o usuário de drogas. Assim, o profissional deste serviço pode atuar para maximizar os fatores de proteção e minimizar os fatores de risco que envolve o uso de drogas.

Consideramos que o objetivo deste estudo foi alcançado. Observamos, por meio dele, as ações desenvolvidas pela equipe da ESF estudada ainda é marcada pela prática de psiquiatria tradicional de atenção ao usuário de droga, com atuações pontuais, focado na questão da doença, com encaminhamentos e medicamentos. No entanto, atuando junto com essas ações biológicas, estão as de cunho psicossociais como a escuta, a conversa, de saberem a importância da família no tratamento dos usuários de drogas, tendo uma responsabilização deste indivíduo. Dessa maneira, os dois modelos de atenção convivem juntos no mesmo serviço, com prevalência ainda no modelo médico-centrado.

Outro aspecto relatado é a dificuldade de acesso aos serviços especializados como o CAPS e as internações diminuindo a qualidade do cuidado do dependente químico. No entanto, quando conseguem esse tipo de atendimento não existe uma continuidade na comunidade. A maioria dos profissionais considera não existir recursos na comunidade para auxiliar o usuário de droga no tratamento no território. Porém, para realizar atividades comunitárias de reinserção, muitas vezes é necessário ter criatividade e improvisação, pois em qualquer lugar pode-se realizar ações para promover a saúde. Uma das falas chegou até citar um campo de futebol, demonstrando a capacidade de inovar e reinventar, pois este espaço pode se realizar diversas atividades para estimular o usuário a ter novos prazeres e outro ciclo social. Se não tem uma sala, uma igreja, uma escola, um ginásio ou qualquer outro espaço físico para realizar uma atividade, se tem a comunidade propriamente dita, tem a rua, tem as pessoas, tem a natureza, os cachorros, os idosos que gostam de conversar, as crianças que gostam de jogar futebol com goleiras improvisadas, enfim, recursos que temos em qualquer lugar e que podemos utilizar para auxiliar na atuação da demanda em estudo.

Assim, há muito para ser melhorado no cuidado ao dependente químico. Esse aperfeiçoamento depende de várias questões como estruturar a rede com serviços, especialmente a criação de instituições extra-hospitalares e fazer parceiras entre diversos setores para dar um suporte para as ESF e qualificar a equipe multiprofissional, mostrando que cada membro tem a sua importância para lidar com essa demanda no território, com criatividade e habilidade para aproveitar os recursos da comunidade.

Através dos resultados deste estudo esperamos poder contribuir para auxiliar os profissionais a lidarem e a compreenderem a questão da dependência química e as relações sociais existentes em sua volta, para a promoção da saúde e a criação de estratégias voltadas para o dependente químico.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, vol.20 n.1 Jan./Mar, 2011.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n.1, p. 223-230, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Programa Saúde da Família: Desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.08, n.01, p.114-144, 2006.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do programa saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 15 n.2 p.261-6, abr/jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.201, p.21082, 16 out. 1996.

BRASIL. **Lei do Direito de Autor**. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 06 abr, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/ Aids. **Manual de Redução de Danos: saúde e cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional Antidrogas. **Conversando sobre cocaína e crack**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília; 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético – estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde Mental passo a passo: como organizar a rede de saúde mental no seu município?** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede_de_saude_mental_revisado_6_11_2008.pdf>. Acesso em: 12 agosto 2012.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C.; Atitudes dos profissionais do programa saúde da família diante do uso e abuso de drogas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. vol11, n.4 p. 655 – 62, dez, 2007.

BUCHELE, F. et al. **A Interface Da Saúde Mental na Atenção Básica**. *Cogitare Enferm*. vol.11. n.3, p.226-33 set/dez 2006.

CAMATTA, Marcio Wagner. **Ações voltadas para saúde mental na Estratégia Saúde da família: intenções de equipes e expectativas de usuário e familiares**. 2010. 207 f. Tese (Doutorado) – Escola de enfermagem da UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Saúde em debate, p.411, 2008.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

CARRARO, T. E.; RASSOOL, G. H.; LUIS, M. A. V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre cuidado. *Rev Latino-am Enfermagem*. vol.13 (n. esp), p. 863-71, out, 2005.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. vol.45 n.6 dez, 2011.

CARRO, T. E.; RASSOOL, G. H.; LUIS, M. A. V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.13 no.spe Ribeirão Preto, outubro, 2005

CASSANDRI, J. L.; SILVA, A. L. A. Contribuições da copa da inclusão para a consolidação do campo psicossocial. **Revista escola de enfermagem USP**. vol. 43, n.2, p.384-92, 2009.

CAVALCANTE, L. P. et al. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. **Rev Rene**. vol.13 n.2, p.321-31, 2012.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.28, n.2, pp.357-366, fev, 2012.

DIDONET, A. C. H.; FONTANA, R. T. O trabalho com dependentes químicos: satisfações e insatisfações. **Rev Rene**. Fortaleza, jan/mar; vol.12, n.1. p41-8, 2011.

GONÇALVES, S. S. P. M.; TAVARES, C. M. M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra- hospitalares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 11, n. 4, p. 586-592, dez, 2007.

GUIMARÃES, C. F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**. Vol.30 n.2, p101-8, 2008.

JARDIM, V. M. R. et al. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de centros de atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol 18, n.2, p.241-8. Abr-Jun, 2009.

KANTORSKI, L. P. et al. **Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL) - (Projeto de pesquisa)**. Pelotas RS: UFPel; 2008.

LUCCHESI, R.; OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E.; MARCON, S. R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.25, n.9, pp. 2033-2042, 2009.

MENEZES, M.; YASUI, S. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14 n.1, p. 217-226, 2009.

MIELKE, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 12(4):761-5. 2010.

MIELKE, F. B.; COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. O Conselho Local De Saúde E A Discussão Das Ações Des saúde Mental Na Estratégia Saúde Da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; vol.21, n.2, p.387-94, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2008.

MOUTINHO, E. C. V. S.; LOPES, G. T. Enfermeiro do programa saúde da família: conceitos e crenças sobre drogas e modelos teóricos explicativos. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 16 n.1 p.51-7, jan/mar, 2008.

NASCIMENTO, A. A. M.; BRAGA, V. A. B. Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico de Programa Saúde da Família de Caucaia - CE. **Cogitare Enferm.** vol.9, n.1, p.84-93, 2004.

OLSCHOWSKY, A. et al. **Avaliação das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Relatório de pesquisa** (edital CNPq jovem pesquisador). Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 169p, 2011.

PERES C. R. F. B. et al. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev Esc Enferm USP**. Vol. 45, n.4, p.905-11, 2011.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V.; Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12 n.4, Ribeirão Preto jul./ago. 2004.

PITIÁ, A. C. A.; FUREGATO, A. R. F. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. **Interface (Botucatu)** vol.13 no.30 Botucatu Jul/Set. 2009.

PRIMIO, A. O. et al. Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. **Texto contexto - enferm.** vol.19 no.2 Florianópolis Abril/Junho, 2010.

ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M. J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 63, núm. 4, julho-agosto, pp. 581-586, 2010.

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.15, n.3, p.687-698, 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=322. Acessado: 28 de agosto de 2012.

SENAD. **A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6):2753-2762, 2011.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) v.2 n.1 Ribeirão Preto fev. 2006.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. saúde coletiva** vol.14 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2009.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**. Vol. 9 n.1, p.25-59, 2002.

VENTURA, C. A. A. Drogas lícitas e ilícitas: do direito internacional à legislação brasileira. **Revista Eletrônica de Enf.** [Internet]. vol.13. n.3 p 554-9, jul/set, 2011.

WETZEL, C. et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva** vol.16, n.4 Rio de Janeiro, Abr. 2011.

YIN, R. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Informado Pesquisa: Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família

Estamos apresentando a você o presente termo de consentimento livre e informado (em duas vias) caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA". Esclarecemos que esse estudo tem o **objetivo** de avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (ESF), identificar as estratégias utilizadas para implementação dessas ações, buscando proporcionar subsídios para a expansão e consolidação da rede de cuidado em saúde mental no território.

A pesquisa será desenvolvida através de observação e entrevistas, tendo como sujeitos de estudo a equipe, usuários e familiares da ESF na UBS Pitoresca. As observações serão anotadas em diário de campo e as entrevistas, gravadas e transcritas na íntegra.

É assegurado ao participante, através do presente termo, o anonimato, o sigilo da informação, o direito de desistir a qualquer momento do estudo, o direito de acesso aos dados em qualquer etapa da pesquisa e o recebimento de respostas e esclarecimentos referentes à pesquisa, conforme Resolução nº 196/ 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Os sujeitos dessa pesquisa não receberão nem terão custos por sua participação. Informamos também, que aos profissionais, não haverá interferências no vínculo empregatício nem influências hierárquicas e, aos familiares e usuários, não haverá prejuízo ao atendimento a quem têm direito.

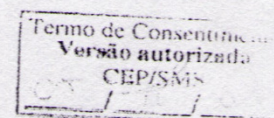
Porto Alegre, _____

Assinatura do Participante _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Pesquisadora Coordenadora: Profa. Dra. Agnes Olschowsky. Rua São Manoel 963. Bairro Santa Cecília. Porto Alegre/RS CEP: 90620-110. Telefone: (51) 9653-8685. Email:

Comitê de Ética em Pesquisa. Telefone: (51) 32124623 – Secretaria Municipal de Saúde/ Porto Alegre.



ANEXO 1 - Carta de Aprovação
Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Agnes Olschowsky
 Equipe executora:
 Registro do CEP: 301 Processo Nº. 001.056577 08.7
 Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – UBS Pitoresca
 Utilização: TCLE
 Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo Nº.001.056577.08.7, referente ao projeto de pesquisa: “Avaliação da saúde mental na estratégia saúde da família” tendo como pesquisador responsável Agnes Olschowsky cujo objetivo é “Geral - Avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família. Específicos – Identificar as estratégias utilizadas para implementação de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família; Proporcionar subsídios para a expansão e consolidação da atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família; Realizar um processo avaliativo participativo junto a Estratégia Saúde da Família, possibilitando a compreensão do objeto avaliado e a construção dos sujeitos envolvidos”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como APROVADO.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 05/11/08

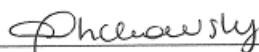
Elen Maria Borba
 Coordenadora do CEP

ANEXO 2 – Autorização para Utilização da Base de Dados

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a utilização das informações dos bancos de dados dos profissionais, referente ao Projeto de Pesquisa intitulado: "Avaliação das Ações de Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família", com apoio do CNPq e Ministério da Saúde, através do Edital 06/2008, pelo aluno Eduardo Oliveira Salines Duarte, para fins de construção de seu trabalho de conclusão de curso de graduação.

Porto Alegre, 02 de julho de 2012.



Prof. Dra. Agnes Olschowsky

Coordenadora do Projeto

ANEXO 3 – Carta de aprovação pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem

Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação

Projeto Nº: 23663

Título: ACOES DESENVOLVIDAS POR PROFISSIONAIS DE UMA EQUIPE DE ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA NA ATENCAO AO USUARIO DE DROGAS

Projeto aprovado em 22/08/2012 pela COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM