

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado com pessoas que usam drogas: um diálogo com a PNH

The work of community health workers in the care of people who use drugs: a dialogue with PNH

El trabajo de los trabajadores comunitarios de salud en el cuidado de las personas que usan drogas: un diálogo con PNH

Rosane Azevedo Neves da Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Gustavo Zambenedetti

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Carlos Augusto Piccinini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo

O artigo discute as estratégias de cuidado utilizadas por Agentes Comunitários de Saúde no cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Os dados tomados para discussão foram produzidos através de uma pesquisa-intervenção que buscou identificar as demandas em saúde mental presentes no cotidiano de trabalho dos agentes e, a partir daí, propor uma estratégia de formação em torno desta temática para os ACS de uma das gerências distritais de Porto Alegre-RS. A análise procura articular as proposições da Política Nacional de Humanização (PNH) com a diretriz da Redução de Danos, possibilitando a problematização da posição que entende a abstinência e o combate às drogas como o único horizonte terapêutico no cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Formação em Saúde, Dependência Química, Política Nacional de Humanização.

Abstract

The article discusses the care strategies used by Community Health Agents in the care of people who use alcohol and other drugs. The data taken for discussion were produced by a research intervention that sought to identify the mental health needs present in the daily work of the agents and, from there propose a formation strategy around this theme for the ACS in one of the district managements of Porto Alegre-RS. The analysis seeks to articulate the

propositions of the National Humanization Policy (NHP) with the guideline of Harm Reduction, allowing the questioning of the position that understands the abstinence and the drug war as the only therapeutic horizon in the care of people who use alcohol and other drugs.

Keywords: Community Health Agents, Health Formation, Chemical Dependency, National Policy of Humanization.

Resumen

El artículo analiza las estrategias de atención utilizadas por los Agentes Comunitarios de Salud en el cuidado de las personas que consumen alcohol y otras drogas. Los datos obtenidos para la discusión fueron producidos por una estudio-intervención que buscó identificar las necesidades de salud mental presentes en el trabajo diario de los agentes y, posteriormente proponer una estrategia de formación en torno a este tema a los ACS de una de las gerencias del distrito de Porto Alegre-RS. El análisis trata de articular las propuestas de la Política Nacional de Humanización (PNH) con la pauta de reducción de daños, lo que permite el cuestionamiento de la posición que entiende la abstinencia y la guerra contra las drogas como el único horizonte terapéutico en el cuidado de las personas que consumen alcohol y otros fármacos.

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud, Formación en Salud, Dependencia Química, Política Nacional de Humanización.

Introdução

Produzir mudanças nas práticas de atenção e de gestão do SUS é um dos desafios da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008). De acordo com esta política, reconhece-se que os princípios do SUS, tais quais descritos no conjunto de leis e decretos, não produzem transformações automáticas no campo da saúde. Há uma complexidade no cotidiano dos serviços que aponta para a necessidade

de investimento nos processos de trabalho, na medida em que há lacunas tanto no modo como o trabalho é previsto e legislado, quanto na forma como se dá o encontro entre os trabalhadores da rede com o território de atuação. Não é novidade que estas articulações demandam uma atenção especial, uma vez que é no cotidiano de trabalho que as intempéries da transformação do trabalho prescrito em trabalho real se efetua. Ao mesmo tempo,

é neste encontro que reside a potência de transformação das estratégias de cuidado, esperadas com o surgimento do SUS.

A busca pela “humanização do SUS”, não é sinônimo de uma naturalização do “humano”, mas exatamente a valorização da multiplicidade de sujeitos e encontros produzidos no território entre promotores de cuidado e usuários dos serviços. Como colocam Pasche e Passos (2010), “não se trata de humanizar o humano, senão de enfrentar e lidar com relações de poder, de trabalho e de afeto - estas sim produtoras de práticas desumanizadas - considerando nosso horizonte ético e humanístico” (p. 65). Com este objetivo, a PNH articula dispositivos que problematizam o modo como o trabalho é efetuado no cotidiano, consolidando redes de atenção e troca entre os envolvidos nos processos de cuidado. Visa, portanto, fortalecer os princípios do SUS.

Em consonância com esta perspectiva, entre os anos de 2010-2012 realizou-se a pesquisa “Estratégias de cuidado em saúde mental na interface com a atenção básica: o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes de Saúde da Família”¹, que buscou identificar a demanda em saúde mental presente no cotidiano de trabalho dos ACS, realizar atividades de formação para o acolhimento

em saúde mental e avaliar, posteriormente, o impacto desta formação no trabalho dos ACS distribuídos nas 19 equipes da ESF do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal no município de Porto Alegre/RS.

A pesquisa utilizou como estratégia metodológica a pesquisa-intervenção na perspectiva da análise institucional (Baremlitt, 1996; Rocha & Aguiar, 2003). Partindo da compreensão do institucionalismo de que todo agrupamento social se produz como efeito da dialética dos grupos, organizações e instituições que o constituem, buscou-se afirmar o caráter processual da investigação, tomando a análise da demanda como princípio organizador da pesquisa. De acordo com a perspectiva institucionalista, a sociedade produz formas enrijecidas de organização e funcionamento que se perpetuam em modos endurecidos de viver, caracterizando, assim, sua faceta instituída (Baremlitt, 1996). No entanto, este não é um movimento linear já que todo coletivo apresenta também uma faceta instituinte que tensiona processos de transformação e rupturas com o que ali se cristalizou. Sendo assim, é possível instaurar processos de análise e reflexão junto aos diferentes agrupamentos e coletivos, na tentativa de agenciar forças para romper com as estruturas estereotipadas que muitas vezes bloqueiam qualquer possibilidade de

mudança.

A pesquisa-intervenção trabalha na perspectiva de interrogar os múltiplos sentidos cristalizados nas instituições, visando à abertura de possibilidade de mudanças (Rocha & Aguiar, 2003).

A operacionalização da pesquisa ocorreu em três etapas: a primeira com a realização de grupos focais com os ACS para a identificação das demandas em saúde mental presentes em seu cotidiano de trabalho; a segunda consistiu em uma atividade de formação para os ACS, constando de quatro módulos: 1. Apresentação dos resultados da primeira etapa e oficina de sensibilização sobre a relação saúde/doença mental; 2. Uso de álcool e outras drogas; 3. Sexualidade e DST/AIDS; 4. Estratégias de cuidado em saúde mental na atenção básica. Estes módulos ocorreram semanalmente ao longo de quatro meses com quatro horas de duração cada um. A terceira etapa aconteceu quatro meses após o término dos módulos e caracterizou-se por uma nova rodada de grupos focais para avaliação do impacto das atividades de formação no cotidiano de trabalho dos ACS.

Tomando como foco de discussão a temática desenvolvida durante o módulo 2 do processo de formação sobre o “Uso de álcool e outras drogas”, pretendemos levantar questões acerca de quem seria o

“usuário de drogas”. Entrelaçando a perspectiva da PNH, pretendemos problematizar a posição estanque que entende a abstinência e o combate às drogas como o único horizonte terapêutico. Nesse sentido, interrogamos: que modos de cuidado têm se produzido nesse campo?

Construindo interrogações como dispositivo de intervenção

Buscamos desenvolver o módulo da formação sobre o uso de álcool e outras drogas com os ACS a partir da discussão promovida pela Política de Redução de Danos (Vinade, 2009; Conte et al., 2004; Brasil, 2003). Fazendo uso desta perspectiva, criamos um espaço de escuta e acolhimento das experiências de trabalho dos agentes comunitários, possibilitando-lhes compartilhar problemas comuns e, ao mesmo tempo, redimensionar a forma muitas vezes estereotipada que configurava a realização do seu trabalho junto a esta população. Segundo Heckert e Neves (2010), não se trata de apontar modelos político-pedagógicos ideais, abstratos e dissociados do cotidiano dos processos de trabalho, mas principalmente indicar modos de fazer a formação (princípios e métodos) que se construam num ethos da integralidade e da indissociabilidade entre cuidar, gerir e formar.

Durante os quatro encontros previstos para este módulo, organizamos a metodologia de trabalho a partir de uma dinâmica de discussão que incidia exatamente sobre os pontos até agora levantados: solicitamos que cada agente escrevesse quatro palavras sobre cada uma destas questões:

- “Qual a imagem que vocês têm da pessoa que usa drogas?”

- “O que a pessoa que usa drogas precisa?”

A partir dessas duas perguntas, propusemos ainda uma terceira questão: o que é possível fazer em relação a essas pessoas? Que cuidado é possível?

Essas perguntas constituíram-se como dispositivos de intervenção, na medida em que possibilitaram a emergência de analisadores. O analisador constitui-se como um emergente grupal que possibilita explicitar determinados problemas, os jogos de força que os constituem e as estratégias de resolução.

Pensar o Crack²: novas questões para velhos problemas

Desde a primeira etapa da pesquisa a temática sobre o crack aparecia como uma das principais demandas em saúde mental. Observávamos uma confluência de queixas quanto ao número de casos, gravidade de situações e condições precárias de atendimento. Apesar do tema

proposto na formação ser mais amplo – uso de álcool e outras drogas - as reflexões acabaram por se centrar na questão do “crack”, salvo alguns agentes que trouxeram questões mais pontuais referente a seus territórios.

Em meio à multiplicidade de acontecimentos relatados, soluções possíveis e impossíveis, uma se destaca aos nossos olhos: em um dos encontros propostos, no início da discussão uma agente comunitária “desabafa” sobre a problemática das drogas em seu posto de saúde. Refere que não entende o porquê de estarmos discutindo esta temática, pois em sua opinião a questão das drogas não é algo que o agente comunitário poderia resolver, sendo de “responsabilidade do governo”. Em sua opinião a única forma de resolver “mesmo” o problema seria colocando o exército em ação para acabar com o tráfico. Isto é, enquanto houver tráfico, haverá uso.

De um modo geral, as discussões com os ACS eram permeadas por um viés moralizante que se explicitava por meio de um ideal terapêutico fundamentado exclusivamente na abstinência enquanto estratégia de cuidado e na busca por serviços especializados e internações. Procuramos problematizar junto aos ACS sobre os efeitos de se tomar a abstinência e a internação como as únicas estratégias de

cuidado possíveis, entendendo que esta posição gera uma despotencialização das práticas cotidianas, restringindo espaços para outros modos de ação. Ao invés de tomarmos a questão do uso de álcool e outras drogas como algo que apenas seria resolvido quando as drogas fossem eliminadas do contexto de trabalho dos ACS, propusemos uma metodologia de formação que levasse em consideração os princípios da PNH, cujo objetivo tem sido o de produzir mudanças nos processos de trabalho no campo da Saúde.

Com esse objetivo, uma das direções de abordagem da PNH materializada nos/e com os serviços é a criação de formas de trabalho que não se submetam à lógica dos modos de funcionamento instituídos. Formas de trabalhar que superem as dissociações entre os que pensam e os que fazem, entre os que planejam e os que executam, entre os que geram e os que cuidam. (Santos Filho, Barros & Gomes, 2009)

Não se trata, portanto, de negar a dimensão do problema enfrentado pelos ACS, inclusive no que concerne à demanda explícita por serviços especializados e encaminhamentos que supostamente resolveriam a situação, muito menos colocarmo-nos em uma posição de transmissão de técnicas mais apropriadas para lidarem com esta

problemática em seu cotidiano de trabalho. Entendemos que estes encontros com os trabalhadores são potentes na produção de espaços reflexivos que articulem as experiências cotidianas a novas questões e novos modos de trabalho.

A partir deste encaminhamento, propusemos um espaço de reflexão para que os ACS pudessem olhar para seu próprio trabalho, buscando alternativas à lógica do mero “combate ao Crack”. As ações reduzidas a um combate acabam por produzir sujeitos “usuários de drogas”, desconsiderando suas escolhas, suas trajetórias de vida, seu contexto familiar, etc. Entendemos que esta perspectiva deixa de considerar aspectos singulares na construção de estratégias de cuidado, inclusive das ações que já são realizadas pelos ACS, mas que não são reconhecidas pelos mesmos como sendo ações de cuidado. Neste sentido, cabe a pergunta: quem seria, afinal, o “usuário de drogas”? As respostas às interrogações/dispositivos propostas na formação podem nos dar algumas pistas em direção a este questionamento. Através das perguntas “Qual a imagem que vocês têm da pessoa que usa drogas?” e “O que a pessoa que usa drogas precisa?”

Solicitamos aos ACS que escrevessem palavras relacionadas à imagem das pessoas que fazem uso de

drogas. Apareceram as seguintes palavras: desespero, miséria, família, ansiedade, dependência, depressão, decadência, cor da pele acinzentada, pobreza, morte, fraqueza, impaciência, falta de amor próprio, falta de conhecimento, mal amados, jeito, malandragem, olhos, gíria, companhia, nervosismo, pânico, sem controle, consumistas, inseguros, doente, frágil, aceitação, rejeição, carência, solidão, dependência, tristeza, sem futuro, desespero, repugnância, isolamento, desorientada, nojo, angústia, sofrimento, desequilíbrio, vazio, abandono, desassistência, desconfiança, destruição, desinformação, escolha, decadência, sujo, ilusão, influência, más companhias, dedo, desnorteado, fuga.

Já em relação à questão “o que a pessoa que usa drogas precisa?”, estas foram as palavras: atenção, aceitação, local de tratamento, acolhimento, direcionamento, oportunidades, escuta, ajuda, apoio, compreensão, “causa” (no sentido de que é preciso saber as causas do uso para ser possível ajudar), orientação, persistência, autoconfiança, força, carinho, família e amigos, ocupação, vontade de parar, amor, cuidado, menos preconceito, trabalho, apoio, segurança, certezas, informação, cuidado, ocupação, tratamento, vigilância, compreensão, amor, puxão de orelha, paciência, menos

discriminação, afeto, vergonha na cara, amor próprio, bom serviço de saúde, acompanhamento, estímulo, proteção, assistência, força de vontade, prevenção.

Pedimos que cada ACS compartilhasse em voz alta com os colegas as palavras associadas, e para uma melhor visualização de todos, anotamos as palavras em um cartaz fixado na parede. Após este momento, propusemos mais uma questão: “Que cuidado é possível a partir destas imagens?”

Nossa intenção era propor uma reflexão sobre os discursos que permeiam as ações e que, por vezes, os próprios trabalhadores não reconhecem. A proposta deste processo de formação não buscava incidir sobre a mera transmissão de “novas” técnicas de cuidado, mas sobre uma análise mais detalhada dos elementos que permeiam uma determinada prática de cuidado.

É interessante constatar o quanto alguns ACS, frente àquelas imagens, surpreendem-se com sua própria construção. Um certo constrangimento paira no ar: “Não quer dizer que a gente não acolha, não trabalhe com estas pessoas” (*sic*). Ao propormos a associação de palavras a partir de determinadas imagens, nosso objetivo não era questionar se os ACS realizavam ou não o acolhimento daqueles sujeitos. Nossa

intenção era colocar em discussão o quanto este acolhimento vinha carregado de uma série de estereótipos e preconceitos em relação ao “usuário de drogas”.

A reprodução de uma imagem depreciativa, “cinza”, “sem futuro”, impressiona até os próprios ACS, que parecem se deparar com uma demanda impossível de ser trabalhada.

Em outro caso, depois de associar a imagem das pessoas que usam drogas a palavras como fraqueza, fuga, morte, doente, cinza, uma agente também se surpreende com seu próprio comportamento e nos faz o seguinte apontamento: “Eu achava que era empática com as pessoas que usam drogas, mas acabo de perceber que não sou” (sic), admitindo o quanto a sua visão destes usuários era limitada e estereotipada.

As imagens trazidas pelos ACS nos levam a pensar no modo como se produz socialmente uma centralidade em torno da abstinência como único horizonte terapêutico para o “usuário de drogas”.

Em meio a essa perspectiva que vincula o uso de drogas somente a algo “ruim” que demanda um cuidado intensivo e vigilante, os ACS vão trazendo exemplos de situações onde os usuários fazem diferentes tipos de uso: pessoas que fazem um uso mais recreativo, esporádico, que não se caracterizavam como sendo

“viciados”. Além disso, trazem outras situações relacionadas ao “vício”: um dos ACS relata a situação de um parente que é viciado em jogos de azar (caça-níquel). Deste modo os ACS vão tecendo paralelos entre o consumo de drogas lícitas e ilícitas. Os participantes do grupo que fazem uso de cigarro ou aqueles que “bebem uma cerveja após o trabalho para relaxar”, começam a perceber que há também prazer no uso de drogas. É interessante que na medida em que esses exemplos vão sendo trazidos, pequenos lampejos da discussão convergem para um uso que não pertence somente a uma dimensão do “eles”. Os ACS ensaiam aproximações, fazendo referência a um “nós” que começa a “mexer” com o que antes parecia tão cristalizado nas palavras associadas ao uso de drogas.

Neste emaranhado, os ACS retomam as inúmeras dificuldades cotidianas: o sofrimento das famílias, a vinculação entre o uso de drogas, mais especificamente o crack, com uma prática de roubos na comunidade, e usuários que “perdem tudo” (família, trabalho, casa). No relato de suas experiências na comunidade aparece a complexidade da demanda em saúde mental na Atenção Básica e a necessidade de uma formação em saúde que possa potencializar as ações de cuidado em torno desta questão

envolvendo o uso abusivo de álcool e outras drogas.

A Política Nacional de Humanização e a Redução de Danos: diálogos possíveis para o cuidado em relação às pessoas que fazem uso de drogas

A PNH, ao constituir-se como política e não como programa, busca transversalizar a rede SUS, incluindo, entre outros, os serviços e ações direcionadas às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Entre suas diretrizes e dispositivos, destacamos, respectivamente, a clínica ampliada e o projeto terapêutico singular (PTS) como importantes intercessores para o tema em debate. A necessidade de uma clínica ampliada ocorre pelo reconhecimento de que o sujeito é mais do que a doença que ele apresenta. O diagnóstico de uma doença parte de um princípio universalizante e generalizável (Brasil, 2009a). No entanto, para que possamos tratar/cuidar de alguém é necessário identificar aspectos singulares do modo como cada sujeito ou grupo vivencia um certo estado de doença ou saúde. Nesse sentido, destacamos dois aspectos que envolvem a clínica ampliada. Em primeiro lugar, uma mudança no objeto da intervenção, que deixa de ser a doença e passa a ser o sujeito em sua

integralidade. Em segundo lugar, a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, envolvendo o usuário na condução de seu tratamento e na criação de estratégias de enfrentamento a situações adversas à sua saúde. No contexto de nosso estudo, a mudança quanto ao objeto de intervenção diz respeito à passagem da figura do “drogado” para a de “sujeito que faz uso de álcool e/ou outras drogas”.

Por outro lado, a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas nos levam a pensar nos Planos Terapêuticos Singulares (PTS) como importantes dispositivos de produção da atenção. Quando observamos que os ACS têm como horizonte terapêutico a abstinência e como ideal de tratamento o cuidado especializado, preferencialmente realizado em comunidades terapêuticas ou outros locais que tenham como característica o isolamento, entendemos que opera uma espécie de “projeto terapêutico homogêneo”. Ou seja, ocorre uma universalização da estratégia de cuidado, prescrita como sendo a mais adequada, tendo como ponto de vista a expectativa e a percepção da equipe. Em contrapartida, o PTS constitui-se como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe

interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário” (Brasil, 2009a, p. 39). Além de exigir o compartilhamento e discussão de uma equipe multiprofissional, a constituição do PTS deve sempre partir e considerar as demandas do usuário. A perspectiva da PNH é de corresponsabilizar os sujeitos pelos processos de produção de saúde. É importante ressaltar que o PTS é um dispositivo de atenção, articulado à gestão do processo de trabalho em equipe.

A singularização do cuidado é uma diretriz de trabalho que aproxima a PNH da política de redução de danos, que entende que o cuidado pode, e deve, buscar estratégias diversificadas, envolvendo negociações com os sujeitos envolvidos com o uso de drogas.

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, 2003, p. 10).

Esta perspectiva possibilita a ampliação da ação dos ACS, pois rompe com a ação pautada na dicotomia “uso X não uso de drogas”, que distancia os sujeitos que não demandam a abstinência do uso de drogas. Esses costumam ser vistos como “perdidos”, como se não houvesse mais o que fazer com eles. Ao introduzir a perspectiva da redução de danos no processo de formação junto aos ACS, procurou-se aumentar o repertório de respostas possíveis, com a construção de novos parâmetros, constituídos em conjunto com os sujeitos sob cuidado, conforme suas possibilidades.

Em relação à percepção dos ACS sobre a Redução de Danos, observamos que eles a associavam à ação de distribuição de seringas realizada pelos Programas de Redução e Danos (PRD) criados ainda na década de 1990, com vistas à diminuição da infecção pelo HIV. Além disso, os ACS também compreendiam a Redução de Danos como uma tarefa atribuída exclusivamente ao Redutor de Danos. Essa percepção fez com que os ACS pensassem que trabalhar com a redução de danos implicaria uma nova tarefa a ser incorporada ao seu trabalho, sobrepondo-se à função do Redutor de Danos. Essa compreensão gerou uma resistência inicial para a discussão do tema. Nesse sentido, constituiu-se como

um desafio apresentar a Redução de Danos como uma diretriz de trabalho, que transversaliza os serviços e ações do SUS, diferenciando-a de uma simples “tarefa”. O passo seguinte foi discutir estratégias de Redução de Danos, tomando como exemplos situações presentes no cotidiano de trabalho dos ACS. Essa perspectiva tem como uma de suas premissas a inclusão, dialogando com o princípio de universalidade do SUS. Sendo o SUS uma política pública universal, é importante pensar em diferentes estratégias de cuidado para diferentes públicos: para os que usam drogas e não querem mais usar; para os que usam drogas e querem continuar usando; para os que não usam drogas, mas estão pensando em usar; para os que não usam drogas e nem pensam em usá-las.

Deve-se considerar que o ideal de abstinência apresentado na fala de alguns ACS, assim como a idéia de que a única solução é eliminar a existência da droga, é uma das expressões da chamada “política proibicionista”, deflagrada nos EUA, proliferando-se para outros países como o Brasil (Karan, 2003). Esta política é caracterizada pela divisão entre drogas lícitas e ilícitas, determinando um sistema legal que criminaliza as condutas relacionadas às drogas, produzindo uma série de efeitos, como a possibilidade de penalização da pessoa que faz uso de

drogas, a associação do uso ao crime, a estigmatização, o acesso e o uso à droga em circunstâncias de vulnerabilidade, entre outros aspectos.

A redução de danos, no entanto, parte da evidência

de que a maioria das pessoas não deixará de consumir tais substâncias e que a atitude mais racional e eficaz para minimizar as conseqüências adversas do consumo de drogas – lícitas ou ilícitas – está no desenvolvimento de políticas de saúde pública que possibilitem que este consumo se faça em condições que ocasionem o mínimo possível de danos ao indivíduo consumidor e à sociedade, (...), afastando-se do discurso dominante, questiona a uniformidade do enfoque negativo dado às drogas tornadas ilícitas e rompe com as generalizadas premissas demonizadoras das pessoas que com elas se relacionam (Karan, 2003, p. 80)

Nesta perspectiva, a política de redução de danos se coloca a favor da vida. Consideramos que é importante pontuar a existência destas políticas distintas, situando o trabalho dos ACS como campo de embate entre as mesmas.

Considerações finais

Com esta proposta de trabalho, buscamos articular uma questão fundamental no que tange o cuidado

cotidiano realizado pelos ACS. Sendo estes profissionais fundamentais à consolidação do SUS, é importante nos aproximarmos das estratégias de cuidado propostas, bem como a produção de novas questões sobre as demandas encontradas nos territórios de atuação. Ao questionarmos o olhar estigmatizante sobre a pessoa que faz uso de alguma substância psicoativa, buscamos a produção de um deslizamento da imagem estanque do “drogado”, para a multiplicidade de usos encontrados. A interrogação lançada no início do artigo, relacionada a quem é o sujeito que faz uso de drogas, é consoante com a interrogação que a PNH faz sobre o que é o humano e o aparente paradoxo que é “humanizar o humano”. Deve-se ressaltar que a PNH não compreende o humano enquanto um ente abstrato, universal e idealizado. Mas sim, o humano que é singular, localizado. Faz parte do humano ser constituído por um conjunto de práticas sociais, conformadas pelos mais diversos saberes, alguns deles mais próximos das práticas de inclusão e solidariedade, outros mais próximos das práticas de discriminação, marginalização, segregação e exclusão. Enquanto trabalhadores da saúde, transitamos entre esses polos, sem muitas vezes conseguirmos questionar os efeitos de nossas práticas.

Através da intervenção proposta

junto aos ACS, foi possível uma ampliação do olhar destes trabalhadores sobre os diferentes usos e alternativas à questão das drogas. Nesta linha de produção, a prática cotidiana dobra-se sobre si mesma, encontrando alternativas para o modo habitual com que esta questão vem sendo tratada, ou seja, por meio de encaminhamentos para serviços especializados, produção de uma demanda impossível de ser atendida, etc.

As rodas de conversa, espaços coletivos que incluem os diferentes atores dos serviços, são um dos caminhos potentes para abrigar e ampliar essas discussões. Ao mesmo tempo, pensamos que o processo de pesquisa-intervenção possui algumas limitações, tendo em vista que é efetivado em um recorte temporal. Nossos objetivos com a formação foram atingidos, na medida em que buscávamos suscitar questões sobre as diferentes temáticas que constituíam os módulos da etapa de formação. Deve-se ressaltar que na terceira etapa da pesquisa, onde procuramos avaliar o impacto da intervenção, houve o pedido, por parte dos ACS, de um trabalho contínuo de escuta e apoio ao seu trabalho. Considerando que “a atenção básica lida com problemas altamente complexos do cotidiano das pessoas, utilizando poucos recursos [em termos de densidade tecnológica]” (Brasil,

2009b, p. 9), tornam-se necessárias ações contínuas de apoio ao trabalho dos ACS. Apontamos a necessidade de que propostas de intervenção como esta possam ter continuidade, através de projetos que possam garantir a continuidade de novas ações de cuidado na atenção básica.

Notas

¹ Projeto financiado pelo Edital FAPERGS/CNPq – PPSUS / 2009.

² Referência à campanha publicitária do Grupo RBS, “Crack, nem pensar”. Mais informações disponíveis em <http://zerohora.clicrbs.com.br/especial/rs/cracknempensar/home,0,3710,Home.html>

Referências

Baremblytt, G. F. (1996). *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos.

Brasil. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 10 agosto 2012, de http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf.

Brasil. (2008). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores*

do SUS. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2009a). *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2009b). *O HumanizaSUS na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

Conte, M. *et al.* (2004). Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. *Boletim da Saúde*, 18 (1), Jan./Jun, Porto Alegre.

Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2003). PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. In E. E. Merhy, T. B. Franco, H. M. Magalhães Júnior, J. Rimoli & W. S. Bueno. *O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. (3 ed., pp. 53-124). São Paulo: Hucitec.

Heckert, A. L. C; Neves, C. A. B. (2010). Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In Brasil. *Cadernos Humaniza SUS*. (vol. 1: Formação e Intervenção. Série B. Textos Básicos de Saúde.). Brasília/DF: Ministério da Saúde.

Karan, M. L. (2003). Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas

- compromissadas com a dignidade do indivíduo. In C. M. A. Sampaio & M. A. Campos (Orgs.). *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática da redução de danos*. (pp. 45-100). Rio de Janeiro: ABORDA.
- Pasche, D. F. & Passos, E. (2010). Cadernos Temáticos PNH: formação em Humanização. In Brasil. *Cadernos Humaniza SUS*. (vol. 1: Formação e Intervenção. Série B. Textos Básicos de Saúde.). Brasília/DF: Ministério da Saúde.
- Rocha, M. L. da; Aguiar, K. F. de. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicol. cienc. prof.*, 23 (4), 64-73. Recuperado em 12 novembro 2012, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=pt&nrm=iso.
- Santos Filho, S. B.; Barros, M. E. de & Gomes, R. da S. (2009). A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface*, 13(1), 603-613.
- Vinade, T. F. (2009). Redução de Danos na Atenção Primária à Saúde: construindo a potência do encontro. In P. C. A. V. Duarte; M. L. O. S. Formigoni (Orgs.). *SUPERA-Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento*. (3ed., pp. 63-76). São Paulo: UNIFESP.
-
- Rosane Azevedo Neves da Silva:** Psicóloga, mestra em Psicologia Social e da Personalidade e doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, participando da Linha de Pesquisa "Clínica, subjetividade e política".
E-mail: rosane.neves@ufrgs.br
- Gustavo Zambenedetti:** Professor Assistente A do Departamento de Psicologia - Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) / Campus Irati-PR. Mestre e Doutorando em Psicologia Social e Institucional - UFRGS.
E-mail: gugazam@gmail.com
- Carlos Augusto Piccinini:** Graduando em psicologia da UFRGS.
E-mail: piccguto@gmail.com