

Atenção a usuários de drogas na rede municipal de saúde: Representações de profissionais de saúde¹

Jessica Adrielle Teixeira Santos^a, Magda Lúcia Félix de Oliveira^b

^aPrograma de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá, PR, Brasil

^bDepartamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá, PR, Brasil

Resumo: O objetivo do presente estudo foi compreender as representações de profissionais de saúde sobre a rede municipal de atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas. Trata-se de um estudo exploratório e qualitativo, desenvolvido por meio de um estudo de caso único. Os sujeitos foram profissionais de três equipes de Saúde da Família e de uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, em uma unidade básica de saúde de um município da Região Norte do Paraná – Brasil. Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista, com a questão norteadora: “Como você considera a rede de atenção à saúde a usuário de álcool e outras drogas no município?” e uma escala avaliativa para qualificação da rede municipal de saúde, com análise de conteúdo temática. Os resultados mostram que os profissionais da equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde atribuem grande importância aos dispositivos especializados da rede de atenção em detrimento de abordagem comunitária, centrada na família e apoiada por uma equipe matricial. O profissional médico, com forte orientação biomédica do uso/abuso de drogas, e os profissionais do NASF, devido à pouca inserção na comunidade e ao desconhecimento da realidade local, também supervalorizam esses dispositivos. Considerando que as ações de enfrentamento do uso/abuso de álcool e outras drogas devem ser constituídas por atenção integral e não por um conjunto de dispositivos assistenciais isolados, as experiências observadas servem de contraponto para estimular o diálogo entre os vários serviços que compõem a rede municipal de atenção.

Palavras-chave: *Atenção Primária à Saúde, Percepção, Profissionais de Saúde, Transtornos Relacionados ao Uso de Drogas.*

Attention to drug users at municipal health net services: The representations of health professionals

Abstract: This study aimed to understand the representations of health professionals at a municipal health network in relation to the health of users of alcohol and other drugs. It is an exploratory and qualitative study developed by means of a single case study. The subjects are professionals from three teams of the Family Health Program and one team from the Health Family Support Nucleus - NASF at a Basic Health Care Center in northern Parana state, Brazil. For data collection, interviews with the central question “How do you consider the network of healthcare to the users of alcohol and other drugs in the city?” were used together with an evaluation scale for qualifying the municipal health network, with thematic content analysis. The results showed that the nursing staff and the community health agents attribute great importance to specialized devices over communitarian approach, which is centered in the family and is supported by a matrix team. The medical professionals - with a strong biomedical orientation on drug use/abuse, as well as the NASF professionals - due to their little contact with the community and lack of knowledge about the local reality, also overestimate those devices. Considering that fighting the use/abuse of alcohol and other drugs should be constituted of integral attention instead of isolated assistance devices, the cases observed in the present study could be a counterpoint for the dialogue between the several services that compose Municipal Health.

Keywords: *Primary Health Care, Perception, Health Professionals, Substance-related Disorders.*

1 Introdução

O usuário de drogas é um cidadão com direito à saúde, que deve ser acolhido e vinculado como qualquer outro usuário dos serviços de saúde, assistido em sua singularidade e inserção sociocultural. Esse atendimento deve ser coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pela universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, pelo vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 1990).

A atenção a usuários de drogas no âmbito do SUS está fundamentada nos referenciais de atenção em rede, acesso universal e intersetorialidade. A atenção em rede é o princípio que aponta para a necessidade de que diferentes dispositivos de atenção estejam articulados de forma complementar, solidária e funcional, buscando garantir a continuidade da assistência (BRASIL, 2003).

Apesar da existência de uma ampla rede de atenção, documentos oficiais da última década ratificam a ênfase do provimento do cuidado e atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas de abuso na atenção primária, por ser esse um passo fundamental para melhorar o acesso desses pacientes aos serviços de saúde e por considerar que muitos dos problemas podem ter resolutividade nesse nível de atuação (BRASIL, 2002, 2004a, b; WORLD..., 2002).

O enfrentamento de problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas, no contexto da APS, permite o desenvolvimento de um modelo de atenção descentralizado e articulado com a comunidade local; favorece que os profissionais de saúde conheçam a realidade das famílias e facilita a atuação de forma resoluta nas situações de risco e fortalecimento dos fatores de proteção; oferece melhor cobertura assistencial e facilidade do acesso aos serviços de saúde; maior potencial de reinserção social, pois respeita o protagonismo do indivíduo e suas singularidades (BRASIL, 2004a; WORLD..., 2002).

Nessa perspectiva, a APS/ESF é considerada a porta de entrada do SUS e o serviço que deveria assumir uma das posições de assistência na atenção aos usuários de álcool e outras drogas (BARROS; PILLON, 2006). A ESF reúne condições que possibilitam a superação dos problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas graças às suas características básicas: ser um programa em articulação com a APS, que elege a família como unidade programática de atenção, atuando em

uma base territorial definida e com a proposta de desenvolvimento de um trabalho com a comunidade (GONÇALVES, 2002).

Na medida em que se considera a adscrição da clientela em base territorial um dos princípios operacionais da gestão do processo de trabalho na ESF, o vínculo e a continuidade do cuidado tendem a gerar um confronto cotidiano dos profissionais atuantes nesse nível de atenção com questões relacionadas ao uso/abuso de drogas. Porém, os indivíduos que já apresentam dependência de drogas não constituem a maior parcela da população atendida ou mesmo de usuários, já que existem diferentes padrões de consumo. Isso evidencia o importante papel da equipe multiprofissional da ESF na promoção da saúde e na prevenção de agravos, enquanto vigilante de problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas, ou fatores desencadeantes do uso (BRASIL, 2003; DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009).

Por suas características intrínsecas e polissêmicas, a assistência ao usuário de drogas exige contato direto com ele, sua família e comunidade, além de embasamento teórico que transite por vários campos do saber, de tal modo que a abordagem a essa questão não se dê de forma tangencial ou focal, desconsiderando os diversos aspectos que esse tema encerra (SPRICIGO et al., 2004). Nesse sentido, as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, possibilitam o desenvolvimento de estratégias que auxiliam a inserção efetiva desses profissionais e das equipes de ESF no campo da promoção e prevenção da saúde relacionada ao abuso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2009).

Diante da necessidade de articulação entre atenção à saúde de indivíduos em uso/abuso de drogas e atenção básica, no sentido de se produzir cuidado integral, contínuo e de qualidade, faz-se necessário compreender como essa rede de atenção é percebida pelos profissionais de saúde da APS. Assim, o objetivo do presente estudo foi compreender as representações dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre a rede de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de um estudo de caso de representações e atividades

de profissionais da ESF de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Maringá, PR.

Escolheu-se intencionalmente para análise uma UBS que possui em sua área de abrangência os maiores indicadores municipais de internação e violência relacionados às drogas de abuso, além de ser considerada de baixo desenvolvimento social pelo Diagnóstico Social de Maringá (MARINGÁ, 2010a, 2011a).

Fizeram parte do estudo os profissionais de saúde da ESF da UBS – três equipes de Saúde da Família e uma equipe de NASF, total de 16 profissionais: três médicos; dois enfermeiros; dois auxiliares de enfermagem; seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS); um assistente social; um nutricionista; e um educador físico. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos profissionais que participaram do estudo.

Nenhum dos profissionais de saúde possuía experiência de trabalho anterior relacionada ao uso/abuso de álcool e outras drogas.

Para a aproximação das percepções dos sujeitos, foi elaborado um roteiro de entrevista, com dados de identificação dos profissionais e a questão norteadora: “Como você considera a atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços de saúde no município?”, além de uma escala avaliativa para qualificação da rede municipal de saúde. Solicitou-se que os participantes do estudo julgassem o cenário atual da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no município, por meio de uma escala de avaliação que continha os seguintes atributos: excelente, bom, regular, ruim e péssimo. As entrevistas foram

gravadas, transcritas e realizadas no mês de setembro de 2011.

Para a análise dos dados foram percorridas as três etapas da análise de conteúdo temática. Segundo a autora, essa abordagem é a forma que melhor atende a investigação qualitativa na saúde, uma vez que a noção de tema refere-se a uma afirmação a respeito de determinado assunto (MINAYO, 2008).

Dessa forma, na pré-análise realizou-se leitura do material transcrito das entrevistas, retornando por vezes ao início e ao objetivo da pesquisa; na fase exploratória foram extraídos recortes por temas repetidos nas falas, classificando-os em tabelas para facilitar a quantificação, explorando-se em seguida os significados; e no tratamento dos dados procedeu-se à agregação dos temas em categorias teóricas, obedecendo aos objetivos do estudo e às questões norteadoras (MINAYO, 2008).

Visando à preservação da identidade dos sujeitos, assim como diferenciá-los durante o estudo, eles foram referenciados pela sua categoria profissional e, quando na presença de mais de uma pessoa na mesma categoria, como no caso dos ACS, procedeu-se a enumeração crescente “ACS1, ACS2 [...]”.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, foram observados os aspectos éticos disciplinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer n. 102/2011).

Tabela 1. Caracterização dos usuários potenciais das diretrizes avaliadas; Maringá, PR, 2011.

Caracterização	Categoria profissional	ESF* (n = 13)		NASF (n = 3)		Total (n = 16)	
		n	%	n	%	n	%
Sexo							
	Fem.	10	76,9	3	100,0	13	81,2
	Mas.	3	23,0	-	-	3	18,7
Faixa etária (anos)							
	20-29	2	15,3	2	66,6	4	25,0
	30-39	6	46,1	-	-	6	37,5
	40-49	5	38,4	1	33,3	6	37,5
	> 50	-	-	-	-	-	-
Tempo no cargo/função (ano)							
	< 1	2	15,3	-	-	2	12,5
	1 a 5	6	46,1	3	100,0	9	56,2
	6 a 10	3	23,0	-	-	3	18,7
	> 10	2	15,3	-	-	2	12,5
Total			100,0		100,0	19	100,0

*ESF: Estratégia de Saúde da Família

3 Resultados e discussão

3.1 Aproximação do contexto da Atenção Primária à Saúde na rede municipal de saúde

Os equipamentos que compõem a APS no município são organizados em cinco regionais de saúde, que possuem no total 25 UBS. O modelo assistencial da ESF foi introduzido no ano 2000 e, desde então, vem evoluindo, empregando esforços para o seu fortalecimento na APS. Em 2010, Maringá alcançou uma cobertura pela ESF de 74,7% da população, com 66 equipes habilitadas pelo Ministério da Saúde, sendo 62 de ESF e quatro de ACS. Também em 2010 foram implantados no município sete NASF, com o intuito de fortalecer o trabalho das equipes de ESF (MARINGÁ, 2010b, 2011b).

A estruturação da rede de atenção à saúde mental no município também se iniciou na década de 2000, a partir da qual cresceu, investindo-se na construção de uma rede de serviços de base comunitária e territorial que inclui atenção básica, especializada e regulação de internações psiquiátricas (MARINGÁ, 2010b).

Fazem parte dessa rede os seguintes serviços: as unidades básicas de saúde, com apoio das equipes NASF; o Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM); o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II; o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II – CAPSad II; e o recentemente implantado Centro de Atenção Psicossocial Infante-juvenil – CAPSi; duas residências terapêuticas; Consultório de Rua; uma emergência psiquiátrica que funciona no Hospital Municipal Dra. Thelma Villanova Kasprovicz e, nesse mesmo hospital, um setor de psiquiatria com 26 leitos; oito leitos psiquiátricos no Hospital Memorial de Maringá; e um hospital psiquiátrico de longa permanência com 285 leitos, sendo que, desses, 252 são do SUS (MARINGÁ, 2010b; PINI, 2009).

No contexto da APS, existe ainda uma fragmentação das ações e a lógica de atuação da ESF ainda não conseguiu ser incorporada integralmente nas práticas profissionais de atenção à saúde. De acordo com o Plano Municipal de Saúde, a saúde mental – e aí incluem-se os problemas decorrentes do consumo abusivo de álcool e outras drogas – enfrenta há muitos anos um grande desafio em Maringá, que é a incompreensão do papel da saúde mental no cotidiano prático das atividades desenvolvidas nesse nível de atenção, a qual foi evidenciada após a implantação da ESF (MARINGÁ, 2010b).

Atualmente, as ações desenvolvidas incluem psicoterapias individuais e grupais, reuniões para estudos de casos com as equipes de saúde da família, NASF e psiquiatras e psicólogos da rede, grupos informativos e de programa da UBS e ESF, visitas domiciliares, consultas psicológicas, psicodiagnóstico, orientação a pais e atividades na comunidade (MARINGÁ, 2010b, c).

Estudo realizado com jovens que utilizavam drogas e com suas famílias no município constatou que embora os serviços de saúde tenham impacto limitado na prevenção do uso de drogas de abuso as famílias estudadas poderiam ser consideradas de alto risco epidemiológico, em virtude do contexto de vulnerabilidade, porém nenhuma delas referiu vínculo com serviços ou equipes de saúde. A presença da ESF e do ACS não foi percebida e citada em nenhum dos domicílios (BALLANI; OLIVEIRA, 2007).

4 A rede de atenção segundo profissionais de saúde da atenção primária

Entre os profissionais de saúde da UBS, oito qualificaram a rede de atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas como Boa, seis a classificaram como Regular e dois não emitiram juízo de valor, alegando não conhecer a rede por estarem há pouco tempo no cargo

Não houve distinção no padrão de resposta segundo as categorias profissionais, pois entre os que perceberam a rede Boa estavam uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, quatro ACS, um médico e uma profissional do NASF, entre os profissionais que a perceberam Regular, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, dois médicos e duas ACS.

Um dos médicos que consideraram a rede Boa concordou que o município disponibiliza “[...] *diversas estâncias de atendimento, um bom local de atendimento especializado que é o CAPSad, que tem pessoal capacitado e psiquiatra*” (médico 1).

O desenvolvimento e expansão da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos e a implantação de novos serviços substitutivos em Saúde Mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) – marcaram um evidente progresso na rede de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no município. Essa evolução foi relatada como positiva pelos profissionais que consideraram a rede de atenção Boa:

[...] *evoluiu muito, agora tem esses CAPSad, antes não tinha* (ACS 3).
 [...] *comparado com o que tinha antes, a gente sabe que teve um crescimento, que melhorou e que agora tem essas outras referências, como a emergência psiquiátrica e o CAPS [...]* (enfermeira 1).
 [...] *agora tem referências, hospital municipal e os CAPS (auxiliar de enfermagem 1).*

Entretanto esses dispositivos substitutivos ainda não estão plenamente consolidados dentro da rede de atenção em saúde mental e uma de suas limitações é a dificuldade de comunicação com os outros serviços da rede no cotidiano prático, como exemplifica a fala desse médico:

[...] *eu só acho que falta um pouco de integração entre as diversas instâncias. O contato com a rede especializada é muito difícil, mas principalmente o retorno, a contra referência é muito complicada* (médico 1).

Uma das enfermeiras enfatizou a necessidade de uma maior definição de papéis entre os serviços que compõem a rede, pois a atual forma de organização da atenção não está clara para os profissionais:

Não trabalha junto... não tem trabalho conjunto, todo mundo acha "esse não é meu serviço, é do CAPS, aí o CAPS fala, esse serviço é da unidade básica". Um empurra para o outro e acaba o paciente ficando nesse meio e ninguém fazendo nada (enfermeira 2).

De acordo com Pinho, Hernández e Kantorski (2010), os profissionais do CAPS lidam diariamente com limitações que impedem que seja realizado um trabalho efetivo junto à comunidade, como a falta de recursos para sair do serviço, contribuindo assim para um modelo de assistência centrado no contexto interno na instituição.

Na prática cotidiana das equipes da ESF, os profissionais de saúde, principalmente os ACS, se deparam constantemente com situações de uso/abuso de drogas e, quando conseguem estabelecer o contato, oferecem os serviços da rede e, com o auxílio da equipe do NASF, encaminham o cliente para serviços de referência:

Assim, a gente faz visita depois encaminha para a unidade daqui, aí eles mandam para o CISAM ou para o CAPSad. Daqui para lá a gente não tem mais contato, só encaminha (ACS 3).

Experiências de ações em prevenção e assistência de usuários de álcool e outras drogas através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) apontam para a possibilidade de atuação desse profissional

como articulador de projetos terapêuticos de caráter interdisciplinar e intersetorial junto às equipes de ESF (BRASIL, 2003, 2009). A realidade local da unidade estudada mostra que o envolvimento dos profissionais do NASF com o enfrentamento do uso/abuso de drogas na comunidade ainda é tímido:

[...] *na prática, a gente não tem feito muita coisa, porque a gente está nesse período de conhecimento de área [...] porque também é um serviço novo para o NASF* (NASF 1).

No contexto da APS, os profissionais do NASF são os agentes chave, pois fornecem o apoio matricial necessário para que as equipes de ESF possam ampliar a oferta de atenção em saúde, e aí incluem-se os problemas relacionados ao uso/abuso de drogas.

Sobre o tema, um médico insatisfeito com o sistema ressaltou que o cenário atual da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas compreende “*um atendimento à expectativa do SUS...*” (médico 2). Ou seja, a realidade atual do enfrentamento do uso/abuso de drogas apenas reflete as falhas de um sistema inteiro que caminha a passos lentos para a consolidação de uma atenção condizente com as diretrizes do SUS. E também complementou: “*o tempo é insuficiente para atender mais um grupo específico que é o usuário de drogas*”. Para tanto, ele apontou a necessidade de:

[...] *criar uma equipe específica, quem sabe dentro do PSF, para envolver esse usuário [...]* (médico 2).

Como evidenciado na fala acima, o apoio matricial do NASF não é reconhecido pelo profissional médico.

A concepção do cuidado de enfermagem na abordagem ao usuário de drogas, segundo o discurso das enfermeiras, tem como base o aconselhamento e o encaminhamento desses usuários aos serviços de referência da rede de atenção. Porém, segundo uma das enfermeiras entrevistadas,

a unidade está acostumada a referenciar [os clientes] direto para o CAPSad, mas não tem um acompanhamento em si, como tem para os outros... portadores de outras doenças. Não tem isso bem implementado, funcionando bem.

Apesar de estratégico, o CAPSad não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental próximo da comunidade. Percebe-se que os profissionais de saúde da atenção primária supervalorizam uma assistência centrada nos serviços de referência e subestimam a capacidade resolutive da atenção primária no enfrentamento do problema.

Os profissionais de saúde que classificaram a rede como Regular apresentaram como ponto de

convergência nos discursos a dificuldade do acesso aos dispositivos de tratamento e reabilitação devido às carências da população do bairro e à insuficiência de serviços para atender essa demanda emergente:

[...] deveria ter um CAPSad em cada região, em cada bairro, até para facilitar para a pessoa estar indo, não tem transporte, até para um familiar estar indo com ele (NASF 3). Tem que ampliar para atingir todo mundo. Muitas vezes o paciente precisa se locomover até lá e não tem recursos nem para pagar a passagem do ônibus e acaba não indo [...] (NASF 2).

O contexto de vulnerabilidade do território vinculado às equipes de Saúde da Família reflete-se muito nas representações de cuidado dos profissionais de saúde, que lidam diariamente com uma alta demanda de atenção nesse assunto. Garantido o contato e o acolhimento no serviço, a continuidade no tratamento deveria ser um elemento indispensável para a integralidade do cuidado.

Eu acho que cada bairro deveria ter um CAPS, ou então uma equipe apropriada, alguma coisa assim. Porque é longe, a população daqui é mais pobre, então tem dias que eles não têm dinheiro para pagar o ônibus. E o PSF não dá conta, é muita coisa (auxiliar de enfermagem 2).

O documento *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* ressalta a necessidade de desenvolver ações de atenção integral ao uso de álcool e drogas de forma diferenciada nas cidades, devido à constatação que, nas periferias, locais de concentração dos denominados “cinturões de pobreza”. Há subsistemas sociais que incluem grupos organizados (de drogas, crime, gangues), além de ausência de fatores de proteção à comunidade que direta e/ou indiretamente possam contribuir para a diminuição da vulnerabilidade da população (BRASIL, 2004a).

Contudo, essa dependência de dispositivos de referência contribui para marginalização da atenção primária na atenção enquanto nível de atenção à saúde de indivíduos em uso/abuso de álcool e outras drogas. Amarante e Torre (2001) destacam que a invenção de dispositivos de cuidado em saúde mental deve atentar para o risco de um processo de *capsização* da reforma psiquiátrica.

Os CAPS precisam ser problematizados diariamente. Se, num primeiro momento, eles surgem como modelo de substituição do paradigma asilar, laboratório vivo da Reforma Psiquiátrica, atualmente, espera-se mais deles. Não devem ser vistos apenas como lugares que tratam, que se

localizam na comunidade, que hospedam ou que devem prover os cuidados básicos ao indivíduo, como alimentação, medicação ou lazer (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010). Os CAPS devem constituir-se como um espaço indutor de novas práticas e posturas, assim como articulador entre uma série de dispositivos responsáveis pelo tratamento e acompanhamento (BRASIL, 2004a, 2009).

No contexto da APS, os profissionais de saúde devem desenvolver programas e projetos de promoção à saúde, prevenção do abuso de álcool e outras drogas, bem como projetos de integração social com o intuito de minimizar os problemas que ocorrem na comunidade em decorrência do uso indiscriminado das drogas de abuso (GELBCKE; PADILHA, 2004).

Entretanto, no cenário local, a oferta de atendimento na atenção primária à saúde é percebida como limitada, pois “a unidade de saúde ainda não tem estrutura para receber esse tipo de pacientes” (NASF 2). As atividades de prevenção e orientação às famílias e à comunidade, por meio de visitas domiciliares e palestras, mesmo incipientes, são realizadas sob o desafio da incompreensão do tema, tanto pelos profissionais como pelos próprios clientes da unidade:

[...] muitas vezes a própria família não quer demonstrar, não trata como doença [...] (NASF 2).

Soma-se a isso a falta de adesão, a falta de contrarreferência e ausência de abordagens “criativas”, que aumentem a adesão do usuário aos serviços:

Porque infelizmente os usuários de álcool e drogas estão aumentando a cada dia mais, e assim o que eles têm para oferecer hoje em dia são os CAPS e quase todos que vão não retornam (ACS 1). [...] não está bem estruturado, precisa aumentar o número de serviços (enfermeira 2). [...] o município tem uma estrutura ampla, mas ao mesmo tempo eu acho que está começando a engatinhar no acolhimento desses usuários (ACS 6). A rede não é muito boa não, eu já vi casos aí que só vai uma vez e depois esquece. Não tem muito o que cativa, né! (ACS 5).

Um sucesso na contrarreferência percebido pelos profissionais é a notificação de alta da Unidade de Emergência Psiquiátrica do HMM, visando ao acompanhamento dos egressos dessa unidade pelas equipes de Saúde da Família:

Uma coisa que eu acho legal, a emergência psiquiátrica quando vai dar alta, mesmo que ela referencie para um CAPS, que ela referencie para outro serviço, ela liga na unidade [...] ou manda via e-mail com o CID (Classificação Internacional de Doenças) certinho [...] (enfermeira 1).

Ainda que os CAPS, o CISAM e a Emergência Psiquiátrica sejam os dispositivos estratégicos de preferência, a avaliação dos casos e o acolhimento dos usuários são realizados na Unidade de Saúde. Também os profissionais afirmam desenvolver atividades de prevenção e promoção da saúde com a comunidade local, entretanto lidam frequentemente com a rejeição, falta de adesão e baixa frequência nos encontros:

Tem o atendimento do PSF que as enfermeiras encaminham para o CAPSad [...] (auxiliar de enfermagem 1). Aqui na unidade, a gente tem oferecido tratamento, na questão do álcool. Mas eu vejo a dificuldade da população em aderir (ACS 6). O que tá funcionando é o grupo de tabagismo, tem uma fila grande de espera, já vários pacientes deixaram de fumar. Eu acho que o cigarro é um vício tão grande quanto as outras drogas e quanto o álcool [...] (ACS 1).

Os modelos preventivos são suficientemente amplos e vagos, em termos de visualização de resultados, de forma que a adoção de um deles não implica excluir ou copiar outros, mas sim integrá-los. Programas preventivos tornam-se mais efetivos se compostos de múltiplas abordagens, visando a integração de instituições e setores. Os programas específicos de prevenção ao uso de drogas dependem das necessidades percebidas entre educadores, pais, crianças e jovens da comunidade (BÜCHELE; COELHO; LINDNER, 2009).

Os profissionais que não opinaram sobre a rede de atenção a saúde desconheciam os dispositivos existentes no município e limitaram seus comentários às percepções individuais a respeito do “tratamento ideal”:

[...] o atendimento ambulatorial é muito difícil, quase impossível você tirar um “drogado” ou um alcoólatra, é muito complicado, tem de ser em sistema fechado, e tirar o círculo de amizade [...] só com orientação eu acho muito difícil reverter (médico 3). [...] é uma questão muito difícil, e tem essa questão da desmotivação ou do sentimento de impotência de mudar a realidade (NASF 1).

Percebe-se uma orientação biomédica em relação ao uso/abuso de drogas nos discursos acima, cujo enfoque na doença e no indivíduo são alicerces de uma ação educativa, mediante a prescrição de condutas e orientações individuais nas complicações do abuso dessas substâncias, em que os dispositivos de assistência da rede de atenção são supervalorizados em detrimento das práticas desenvolvidas na

unidade. Não desconsiderando a importância de tais intervenções, mas em se tratando de profissionais integrantes da ESF espera-se uma orientação em igual importância para os aspectos preventivos e de promoção da saúde.

A política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas brasileira tem o objetivo de estruturar e fortalecer uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, devidamente articulados à rede assistencial em Saúde Mental e ao restante da Rede de Saúde e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004a).

Porém, a simples disponibilização dos profissionais de saúde nos espaços saúde não possibilita a implantação e a legitima. A capacitação desses é condição fundamental para a incorporação de tecnologias que possam subsidiar a transformação das práticas de saúde. Os fatos acima ratificam a necessidade imperiosa de capacitação e formação, de forma orientada aos profissionais de saúde, em uma perspectiva multiprofissional.

Nesse sentido, os procedimentos de capacitação demonstraram ter uma participação importante na mudança da visão do problema e contribuir para uma visão menos reducionista sobre o tema. Entretanto, para que seja efetiva e resulte em alterações na prática assistencial, é necessário que estejam de acordo com o contexto local, com suas crenças, valores, práticas e modelos assistenciais vigentes (SOUZA; RONZANI, 2012).

5 Reflexões finais

A estruturação da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas é um passo fundamental no processo de inclusão do usuário e consequente alcance do objetivo norteador das atuais políticas do Ministério da Saúde.

Na presente análise das representações dos profissionais de saúde foram considerados atributos favoráveis à rede de atenção ao indivíduo em uso/abuso de drogas o surgimento e incorporação do CAPSad no sistema local de saúde, o reconhecimento da ESF pela população adstrita e a existência de comunicado de alta do HMM para acompanhamento do egresso de internação na comunidade.

Entretanto, as representações negativas foram mais numerosas e compartilhadas pela maioria dos profissionais. Como a ausência de comunicação com os demais dispositivos da rede, incompreensão do apoio matricial no NASF, distância dos serviços

especializados da comunidade local, deficiência na estrutura da UBS para desenvolvimento de ações locais e a tendência referenciadora dos profissionais de saúde, que se julgam incapazes de assumir essa nova demanda na unidade de saúde.

Considerando que a realidade dos municípios é muito diversificada, a utilidade de um estudo de caso isolado não está em servir de modelo, mas como elemento de reflexão e fomentador de debate. As experiências observadas na unidade são importantes, pois servem de contraponto para o diálogo entre os vários serviços que compõem a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

Por fim, é fundamental destacar que as orientações do Ministério da Saúde voltadas para o enfrentamento do uso/abuso de álcool e outras drogas são constituídas por uma atenção integral e não por um conjunto de dispositivos assistenciais isolados ou desconexos.

6 Referências

- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.
- BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 488-494, 2007.
- BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Programa de Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 144-149, 2006.
- BRASIL. Lei nº 8.080, 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*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2002. (Relatório final).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. Brasília, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes no Núcleo de Apoio a Saúde da Família*: NASF. Brasília, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).
- BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.
- DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009.
- GELBCKE, F. L.; PADILHA, M. I. C. S. O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 2, n. 13, p. 272-279, 2004.
- GONÇALVES, A. M. *Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: um desafio da prática do programa saúde da família*. 2002. 209 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)-Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Diretoria de Programas sobre Drogas. *Relatório circunstanciado sobre ações de prevenção e tratamento do uso de drogas na cidade de Maringá*. Maringá, 2010a.
- MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretária de Saúde de Maringá. *Plano municipal de saúde 2010-2013*. Maringá, 2010b.
- MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão*. Maringá, 2010c.
- MARINGÁ. Prefeitura Municipal. *Diagnóstico social de Maringá*. Maringá, 2011a. Disponível em: <<http://www.kairos.srv.br/maringa>>. Acesso em: 10 out. 2011.
- MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Planilha de metas e indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde: prioridades e objetivos*. Maringá, 2011b.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 2008.
- PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Serviço substitutivo de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 28-35, 2010.
- PINI, J. S. *Saúde mental na atenção básica: atuação das equipes na estratégia saúde da família*. 2009. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Processo de Cuidado)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.
- SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 17, n. 2, p. 237-246, 2012.
- SPRICIGO, J. S. et al. Atenção ao usuário de drogas: um espaço para o enfermeiro. *Texto e Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 296-302, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Ten recommendations for action*. Geneva, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2014.

Contribuição dos Autores

Todos os autores colaboraram na concepção do texto manuscrito, organização de fontes e/ou análises, redação do estudo, revisão do estudo.

Notas

¹ O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 102/2011).