



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**MILLENA BARBOSA MENEZES**

**REDUÇÃO DE DANOS E ABSTINÊNCIA: CONCEPÇÕES E AÇÕES DOS  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO TOCANTINS**

**MIRACEMA DO TOCANTINS, TO  
2023**

**Millena Barbosa Menezes**

**Redução de Danos e Abstinência: concepções e ações dos Agentes Comunitários de Saúde de um município do Tocantins**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT) – Câmpus Universitário de Miracema, Curso de Psicologia, para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.  
Orientador: Prof. Dr. Ricardo Monteiro Guedes de Almeida.

Miracema do Tocantins, TO

2023

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

M543r Menezes, Millena Barbosa.

Redução de Danos e Abstinência: concepções e ações dos Agentes Comunitários de Saúde de um município do Tocantins. / Millena Barbosa Menezes. – Miracema, TO, 2023.

81 f.

Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Psicologia, 2023.

Orientador: Ricardo Monteiro Guedes de Almeida

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Redução de Danos. 3. Abstinência. 4. Psicanálise lacaniana. I. Título

**CDD 150**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

MILLENA BARBOSA MENEZES

REDUÇÃO DE DANOS E ABSTINÊNCIA: CONCEPÇÕES E AÇÕES DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO TOCANTINS

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT) – Câmpus Universitário de Miracema, Curso de Psicologia, para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Monteiro Guedes de Almeida.

Data de Aprovação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Ricardo Monteiro Guedes de Almeida, Orientador, UFT

---

Profa. Me. Laura Sahm Shdaior, Examinadora, USP

---

Profa. Me. Isaias Gonçalves Ferreira, Examinador, USP

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Maria Raimunda e Claudio, pelo amor, incentivo e, principalmente, pelo apoio e investimento nos meus estudos. Vocês nunca deixaram faltar nada. Aos meus irmãos, Mirella e Benjamin, companheiros da e para a vida toda, maninha ama vocês. Aos meus avós, Maria das Graças (Dona Preta) e Pedro, que nunca mediram esforços para eu me sentir a neta mais querida e amada de todas. Vocês inspiraram os nomes fictícios nesse trabalho.

Agradeço às minhas melhores amigas do início da graduação, Isabela, Késia, Maria Luiza, Paula e Thamyres que, entre distanciamentos e aproximações, se tornaram além da minha maior rede de apoio e acolhimento, minha família. Aos meus amigos que chegaram depois, Heitor, Auri, Bhruna, Carolzinha, Débora, Yago e Júlia. E que bom que chegaram, eu aguardei. Aos meus amigos de infância, que estão comigo até hoje: Pedro, Ana Júlia, Ana Rute e Monique. Todos fizeram e fazem boa parte do que eu sou hoje. Nas palavras de Ana Suy, amizade é o amor que deu certo. E deu mesmo.

Agradeço à minha analista, Aline Martins, pela escuta precisa e sensível, que é com quem aprendo sobre o amor de transferência e outros amores e quem me ajuda a desatar nós e fazer laços.

Agradeço ao meu professor supervisor de estágio e orientador de TCC e pesquisa, Dr. Ricardo Monteiro Guedes de Almeida, sua aposta em mim e no meu trabalho fizeram grande diferença na minha trajetória acadêmica. Principal fonte de inspiração para a profissional que quero me tornar, me fez amar mais ainda a Psicologia Social e a Psicanálise.

Agradeço a todo colegiado do curso de psicologia da UFT, em especial às professoras Jamile, Daniele, Carolina e professores Ricardo e Ladislau, pelo carinho, dedicação e pelo ensinamento mais importante: sempre manter o compromisso social e por uma Psicologia crítica e ética, sempre.

Agradeço aos ACS's entrevistados que, através de seus discursos, tanto contribuíram para a minha pesquisa e formação.

Agradeço à banca examinadora, Laura Sahn Shdaior e Isaias Gonçalves Ferreira, por aceitarem o convite e pelas valiosas contribuições que garantiram a construção desse trabalho.

Agradeço à Universidade Federal do Tocantins, pelo ensino gratuito e de qualidade.

Agradeço àqueles que, mesmo não citados aqui, fizeram parte não só da realização deste trabalho, mas também de todo o meu percurso acadêmico e pessoal.

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo identificar as concepções de Agentes Comunitários de Saúde do município de Miracema do Tocantins (TO) sobre as estratégias de Redução de Danos e sobre a lógica da abstinência e compreender como essas concepções influenciam suas práticas voltadas aos usuários de álcool e outras drogas. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dois Agentes Comunitários de Saúde que atuam há vinte e quatro anos no município. Este estudo fundamentou-se em uma pesquisa de caráter qualitativo, exploratório e de campo e utilizou a técnica de análise de conteúdo de Bardin. A partir da análise dos dados, foram identificadas três categorias, sendo elas: Atuação dos ACS junto aos usuários de álcool e outras drogas: desafios e possibilidades; Capacitação dos ACS na área da saúde mental para abordagem de usuários de álcool e outras drogas; Concepção dos depoentes acerca da redução de danos e abstinência: estigmatização da droga e usuário. A partir do referencial teórico da psicanálise lacaniana, visamos entender como os ACS, que são profissionais da Atenção Básica e se destacam como “ponte” fundamental entre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a comunidade, podem atuar com usuários de álcool e outras drogas e como a Psicanálise e a Redução de Danos podem contribuir na sua prática. Como resultados, destacamos que a percepção dos Agentes é permeada por uma lógica manicomial e estigmatizante e que isso resulta de um dos principais desafios enfrentados pelos profissionais, a capacitação insuficiente e deficitária na temática do álcool e drogas. Evidenciou-se a importância da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no campo do álcool e outras drogas e que, apesar dos desafios, a prática dos ACS's pode ser apreendida como uma possibilidade de construção de estratégias a partir da sua posição privilegiada no cotidiano da comunidade.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde. Redução de Danos. Abstinência. Psicanálise lacaniana.

## ABSTRACT

This study aimed to identify the conceptions of Community Health Agents in the municipality of Miracema do Tocantins (TO) regarding Harm Reduction strategies and the logic of abstinence. Additionally, it sought to understand how these conceptions influence the practices of Community Health Agents (ACS) directed towards alcohol and other drug users. To achieve this, semi-structured interviews were conducted with two Community Health Agents who have been working in the municipality for twenty-four years. This study was based on a qualitative, exploratory, and field research approach, using Bardin's content analysis technique. From the data analysis, three categories were identified: 1) ACS involvement with alcohol and other drug users: challenges and possibilities; 2) ACS training in mental health for approaching alcohol and other drug users; 3) Depositions regarding harm reduction and abstinence: drug and user stigmatization. Drawing on the theoretical framework of Lacanian psychoanalysis, the aim was to understand how ACS, as professionals in Primary Care and key "bridges" between the Health Care Network (RAS) and the community, can work with alcohol and other drug users. The study also explored how Psychoanalysis and Harm Reduction can contribute to their practice. The results highlight that the Agents' perception is influenced by a psychiatric and stigmatizing logic, stemming from one of the main challenges faced by professionals: insufficient and deficient training in the field of alcohol and drugs. The importance of the role of Community Health Agents in the field of alcohol and other drugs was evident. Despite the challenges, the practice of ACSs can be seen as an opportunity to construct strategies based on their privileged position in the community's daily life.

**Keywords:** Community Health Agent. Harm Reduction. Abstinence. Lacanian Psychoanalysis.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AM	Apoio matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP - UFT	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CSM	Centros de saúde mental
CTs	Comunidades terapêuticas
EAD	Educação à Distância
ESF	Equipes de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Processo de enfermagem
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos
RP	Reforma Psiquiátrica
SPA	Substâncias psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFT	Universidade Federal do Tocantins



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMA DE PESQUISA.....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>4.1</b>	<b>Método e procedimentos.....</b>	<b>20</b>
<b>4.2</b>	<b>Instrumento.....</b>	<b>21</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes.....</b>	<b>21</b>
<b>4.4</b>	<b>Abordagem dos participantes e coleta de dados.....</b>	<b>22</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>22</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>26</b>
<b>4.6.1</b>	<b>Riscos.....</b>	<b>27</b>
<b>4.6.2</b>	<b>Benefícios.....</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>29</b>
<b>5.1</b>	<b>Atuação dos ACS junto aos usuários de álcool e outras drogas: desafios e possibilidades.....</b>	<b>29</b>
<b>5.2</b>	<b>Capacitação dos ACS na área da saúde mental para abordagem de usuários de álcool e outras drogas.....</b>	<b>36</b>
<b>5.3</b>	<b>Concepção dos depoentes acerca da redução de danos e abstinência: estigmatização da droga e usuário.....</b>	<b>41</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>47</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>57</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>79</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O uso de álcool e outras drogas (também chamadas de substâncias psicoativas - SPA) remonta aos primórdios da humanidade, desde o seu uso terapêutico e medicinal, religioso, festivo, estimulante ou recreacional e está enraizado em diferentes culturas e etnias. A relação da humanidade com as drogas é um fenômeno que além de antigo, é persistente e prolongado: o ser humano sempre procurou estados alterados de consciência. O consumo de drogas ou outras substâncias é, portanto, condição histórica estruturante da maior parte das sociedades e ressalta-se a sua importância e o seu papel médico, econômico, político, religioso, cultural e científico (CARNEIRO, 2002). As drogas são, nesse sentido, substâncias que modificam processos bioquímicos, resultando em mudanças fisiológicas ou comportamentais quando introduzidas em um organismo (CEBRID, 2007), no entanto, seus efeitos não são os mesmos para todas as pessoas e dependem de diferentes fatores, como o contexto, a droga e o próprio sujeito.

Para além disso, é importante destacar que são inúmeras as possibilidades de relação entre sujeito e as drogas e, também, diversos os tipos de usos, logo, há pessoas usuárias de drogas que não necessitam de tratamento, pessoas que querem diminuir o consumo, mas sem necessariamente parar o uso, assim como pessoas que não querem parar mas querem ser tratadas (PASSOS; SOUZA, 2011). Diante disso, além de considerar os aspectos históricos e culturais das substâncias em si, é fundamental se atentar para os aspectos culturais, subjetivos e sociais dos próprios sujeitos que fazem uso e qual a sua relação com o álcool e outras drogas.

A relação da humanidade com as drogas teve início há milhares de anos por meio da interação dos sujeitos com a fauna e a flora para extrair delas o seu sustento e, conseqüentemente, tomaram conhecimento dos efeitos da diversidade de substâncias existentes. Segundo Filev (2015), essa relação continua tão prolongada por diversas razões, entre elas: a busca do prazer efêmero e temporário, relaxamento, alívio de preocupações ou estresse, pertencimento grupal, controle do humor, desinibição, coragem, entre outras. O autor chama a atenção para o fato de que apenas uma minoria das pessoas que faz o uso de substâncias se torna dependente ou apresenta algum problema em decorrência do consumo, apesar disso, os consumidores, mesmo sem o uso problemático, são estigmatizados e vistos como perigosos para a sociedade, principalmente quando se trata de substâncias ilícitas. Essa lógica estigmatizante surge com o contexto proibicionista que adotou medidas repressivas, intolerantes e punitivas sobre o consumo de certas substâncias psicoativas (SILVA; PESSOA, 2019).

O modelo proibicionista, concebido a partir do século XX, é uma forma específica de atuação do Estado que se baseia em ações de repressão, criminalização e estigmatização das drogas e de seus usuários, retirando os sujeitos do seu convívio social, se fundamentando em um discurso moral higienista, em um ideal de abstinência e no segregacionismo (FERNANDES, 2016). Sob essa ótica, a lógica proibicionista comporta aspectos de pânico moral em relação às substâncias psicoativas e exerce controle autoritário sobre o seu uso, distinguindo substâncias legais e ilegais, gerando o conhecimento errôneo de que substâncias ilegais são mais perigosas do que as legalizadas (BOKANY, 2015) quando, na verdade, o fato de uma substância ser legal ou ilegal não tem uma relação direta com o risco que ela oferece, pois os riscos dependem da maneira e das circunstâncias em que ela é utilizada e do sujeito que a utiliza.

Nessa perspectiva, o proibicionismo traz consigo consequências diretas ao partir do pressuposto de que certas substâncias devem ter seu consumo, utilização, comércio e produção proibidos pelo Estado, pois embora proibidas, elas não deixam de existir e são frequentemente adulteradas pelo mercado clandestino com a adição de produtos que podem oferecer mais riscos à saúde do que a droga em si. Essa lógica fundamenta-se através de dois princípios:

um de ordem moral-religiosa, que prega a abstinência como única possibilidade relacional dos indivíduos com essas substâncias, e outro de ordem higienista, que preconiza o ideal de um mundo livre de drogas, que, conjugados, determinam a proibição de qualquer modalidade de seu uso, comércio, ou produção dos psicotrópicos etiquetados como ilícitos (RIBEIRO, 2013, p. 26).

O tratamento pela via da abstinência proposto pela lógica proibicionista preconiza que o sujeito interrompa imediatamente e por completo o consumo de álcool e outras drogas a fim de retirar de maneira abrupta as substâncias do seu organismo. A abstinência, fomentada por valores morais e asilares e pela utopia de um mundo livre de drogas, mostra-se como uma política ineficaz e excludente, pois ignora que há pessoas que simplesmente não podem ou não querem interromper o uso de substâncias. Os usuários, inseridos nesse paradigma proibicionista, têm suas autonomias e subjetividades desconsideradas e desrespeitadas, passam por atendimentos precários nos serviços de saúde, por “acolhimentos” em comunidades terapêuticas, longas internações em hospitais psiquiátricos e hospitais-dias e têm suas vidas reduzidas apenas ao ato de consumir drogas - que deve ser suspenso rapidamente, mesmo sem o seu desejo ou voluntariedade do sujeito em parar com o uso.

As comunidades terapêuticas (CTs) são instituições privadas, geralmente com fundamentos religiosos, com funcionamento similar à lógica manicomial que retiram os usuários do convívio social na maioria das vezes por meio do acolhimento. Esse acolhimento,

contudo, pode chegar até a doze meses (BRASIL, 2018), considerado um tempo muito prolongado para os ideais da Reforma Psiquiátrica, (RP) se constituindo em um espaço de privação de liberdade dos sujeitos, segregação e violação de direitos. Esse tipo de serviço não fazia parte da rede de atenção à saúde, visto que não era considerado serviço de saúde, no entanto, a Portaria nº 3.088/2011 as incluiu como um dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), o que implicou no conveniamento e parte do financiamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

As CTs surgiram em meados do século XX, na Inglaterra, principalmente a partir das experiências do médico Maxwell Jones, o qual organizava grupos de discussão e grupos operativos a fim de envolver mais os pacientes no seu processo de tratamento, entendendo que a função terapêutica deveria ser uma tarefa assumida por todos os envolvidos: técnicos, familiares, internos (AMARANTE, 2007). Entretanto, essa proposta original não diz respeito aos atuais serviços conhecidos como Comunidades Terapêuticas, ou as “fazendinhas” de tratamento de dependência de álcool e drogas. Geralmente, estas se localizam em locais mais afastados da área urbana, como sítios e fazendas e diferem entre si em relação à metodologia aplicada com os sujeitos - seja o modelo religioso-espiritual, a atividade laboral, o modelo médico, assistencialista, predominantemente psicológica ou uma mistura de abordagens (DAMAS, 2013).

As CT foram ganhando notoriedade a partir dos anos 1950, como alternativa para o tratamento psiquiátrico manicomial. Porém, apesar da proposta alternativa ao modelo manicomial, desde o surgimento da CT já se criticava o fato de que algumas facilmente voltavam ao velho esquema dos antigos hospícios. As CT voltadas exclusivamente para o tratamento das toxicomanias começaram a surgir a partir de 1960 [...] (DAMAS, 2013, p. 52)

Nesse sentido, em direção oposta à lógica proibicionista e de abstinência e na busca da inclusão social e da cidadania do usuário de álcool e outras drogas, surge a proposta da Redução de Danos (RD) - uma série de medidas, princípios e ações individuais e coletivas, sanitárias ou sociais que visa minimizar os malefícios associados ao uso de drogas lícitas ou ilícitas (SENAD, 2011). A Redução de Danos é, para além de uma política de saúde pública, uma estratégia de cuidado que não necessariamente exige a abstinência como principal método de tratamento, pelo contrário, essa política chama a atenção para uma multiplicidade de fatores, como a complexidade do fenômeno, a diversidade das substâncias e modos de uso, as características culturais, psicológicas e sociais dos usuários, de modo individualizado a partir da vivência de cada um (RIBEIRO, 2013). À vista disso, a política de redução de danos parte de uma perspectiva que considera o fator histórico-cultural-político do uso de substâncias

‘psicoativas’, o desejo do usuário em diminuir, parar ou não o consumo e pressupõe o seu uso seguro, visto que um mundo sem drogas não é possível.

Historicamente, portanto, a questão do uso problemático de álcool e outras drogas tem sido tratada por uma perspectiva moralizante, proibicionista e medicalizante e a redução de danos contrapõe-se a esse modelo tradicional de cuidado através do acolhimento de cada usuário e da sua história, levando em consideração suas singularidades, escolhas e possibilidades, oferecendo formas seguras para o consumo e meios para que o sujeito interrompa o uso, caso esse seja o seu desejo (BRASIL, 2003). Dessa forma, é importante tratar a questão do consumo de drogas como cultural e multifatorial, respeitando a dignidade da pessoa humana e a sua experiência subjetiva com a droga.

No Brasil, assim como em boa parte dos outros países, a RD surgiu inicialmente a partir da distribuição de seringas novas em troca de usadas pelos usuários de drogas injetáveis com a meta de prevenção de hepatites e transmissão do vírus HIV, além de outros agravos associados ao uso de drogas. A primeira experiência da Redução de Danos no Brasil aconteceu em 1989 na cidade de Santos, em São Paulo, quando foi criado o Programa Municipal de Aids e o Programa de Troca de Seringas devido aos altos índices de transmissão de HIV que tinha a provável origem o uso de drogas injetáveis - primeiros programas com estratégias de redução de danos associados ao uso de drogas injetáveis do Brasil. Desse modo, paulatinamente, a RD foi se tornando uma das políticas públicas de atenção ao usuário e dependente de drogas e seus respectivos familiares com estratégias preventivas e de promoção de saúde diversas à lógica da abstinência.

O percurso histórico da RD no Brasil é bem diverso e marcado por uma multiplicidade de abordagens, estratégias e leis até se consolidar no campo de atenção e cuidado à saúde, mas que começou como uma experiência inovadora e transgressora que tinha uma meta baseada no protagonismo das minorias marginalizadas, num plano de trocas afetivas e de construção de vínculos cooperativos (SOUZA, 2013).

Em 2003, foi criada a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003), a qual tomou a redução de danos como um paradigma e método clínico-político e como uma direção de tratamento possível para além da abstinência como única meta viável e aceitável aos usuários. Essa política foi publicada em um momento em que a atenção e o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas passaram a ter maior espaço nas políticas de saúde mental, que também incorporaram a política da redução de danos e a implementação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002).

Dessa maneira, iniciou-se um processo e um conjunto de propostas de construção de uma rede substitutiva de atenção para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS, ampliando a cobertura e a qualificação da atenção para essa comunidade. Foi nesse contexto que foram criados os CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), serviços substitutivos de atenção constituídos por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e são especializados nas demandas em saúde de adultos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Contudo, em 2019 foi aprovada a nova Política Nacional sobre Drogas, através do Decreto nº 9.761 (BRASIL, 2019a), a qual prioriza a promoção da estratégia de manutenção da abstinência de drogas lícitas e ilícitas em detrimento da Redução de Danos - política que foi extinta - como objetivo da assistência e coloca as Comunidades Terapêuticas (CT) como principal meio de tratamento para os usuários, estimulando-as e apoiando-as, inclusive financeiramente, ignorando a existência dos serviços em rede como fundamentais para o atendimento dessa população, incentivando um retorno à lógica manicomial. Além disso, ainda em 2019, o decreto nº 9.926 (BRASIL, 2019b) estruturou a composição do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) apenas por membros do governo, retirando todos os Conselhos profissionais, inclusive de Psicologia, e extinguindo a participação da sociedade civil no órgão. Essa guinada no conservadorismo dá margem para o fortalecimento do discurso proibicionista, do tratamento moral e para os espaços e práticas que reproduzem o modelo manicomial de tutela, dependência e privação de liberdade, como as próprias Comunidades Terapêuticas e as internações compulsórias.

Em 2023, quatro anos depois, o Decreto nº 9.926 foi revogado pelo Decreto nº 11.480 (BRASIL, 2023), o qual restabelece a volta da participação social e, em vez de haver indicação do ministro da Justiça, como acontecia, os representantes serão eleitos para a participação no Conad. Além da composição dos Ministérios, o Conselho agora conta, ainda, com representantes dos conselhos profissionais de Assistência Social, de Medicina, da Ordem dos Advogados do Brasil e de Psicologia.

Essa mudança de políticas e diretrizes, mesmo levando em conta a revogação de decretos conservadores, remete aos ideais manicomiais anteriores à Reforma Psiquiátrica, quando permeava o ideal proibicionista, higienista e de exclusão social. Ao longo da história ocorreram várias experiências de ‘reformas psiquiátricas’ até se consolidar a Reforma Psiquiátrica como se conhece hoje, algumas mais marcantes e que influenciaram mais que outras (AMARANTE, 2007). Amarante (2007) separa essas experiências “inovadoras e impactantes” em ‘dois grupos mais um’: a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia

Institucional compõem o primeiro grupo, que entendia que a solução estava na modificação da instituição e na forma de gestão; o segundo grupo é composto pela Psiquiatria de Setor e pela Psiquiatria Preventiva, as quais acreditavam na gradual obsoletização do modelo hospitalar por meio do desenvolvimento de serviços assistenciais; no grupo “mais um”, estão a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, que não são, no sentido estrito, experiências de "reformas psiquiátricas", uma vez que o problema e a proposta de rompimento está no próprio paradigma psiquiátrico tradicional.

Enquanto os dois primeiros grupos operavam a partir da instituição psiquiátrica como locus de tratamento e da psiquiatria como saber dominante, limitando-se em meras reformas, a antipsiquiatria e a psiquiatria na tradição basagliana (democrática) operam uma ruptura (AMARANTE, 1996). A Antipsiquiatria surge da crítica mais profunda do marco teórico-conceitual da psiquiatria por adotar o mesmo modelo de conhecimento das ciências naturais, propondo uma antítese à teoria psiquiátrica, visto que o hospital psiquiátrico reproduz e radicaliza as estruturas opressoras e patogênicas da organização social. Isto posto, essa nova tradição teórica e política considera a doença mental como uma experiência do sujeito com o ambiente social, ao contrário da psiquiatria, que tem a doença mental como um objeto natural (AMARANTE, 2007), assim, busca um diálogo entre a razão e a loucura.

Franco Basaglia, psiquiatra italiano, é o maior protagonista da Psiquiatria Democrática Italiana, movimento político construído no início da década de 1970 que visava construir as bases sociais para possibilitar uma reforma psiquiátrica na tradição basagliana em toda a Itália e o desenvolvimento de novos espaços e maneiras de lidar com a loucura e a doença mental (AMARANTE, 1996). As ideias e práticas basaglianas eram voltadas para a superação do aparato manicomial, que não era compreendido apenas como uma instituição física, segundo Amarante (2007), mas como um complexo de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas que alicerçam a existência desse lugar de isolamento, segregação e patologização. À vista disso, as experiências e transformações radicais de Basaglia nos hospitais psiquiátricos da Itália inspirou modelos de reformas no mundo inteiro, inclusive no Brasil, ao fechar setores da psiquiatria nos hospitais e criar diversos serviços e dispositivos substitutivos do modelo manicomial, como os Centros de saúde mental (CSM).

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica configura-se como um processo social complexo que teve início no final da década de 1970, no contexto da ditadura civil-militar, com mobilizações sociais e políticas que fomentaram o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil, visando negar e acabar com a lógica e instituição manicomial. Esse movimento, de acordo com Amarante e Nunes (2018), surgiu inicialmente do descontentamento

de profissionais recém-formados que se depararam com cenários de descaso e violência nas instituições psiquiátricas. Dessa insatisfação, em 1978 surge o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), um coletivo de profissionais, usuários, familiares e sociedade civil com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica e denunciar a desumanização do atendimento nos hospitais psiquiátricos.

Nessa perspectiva, a partir da necessidade de se articular os serviços substitutivos aos manicômios, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da portaria nº 3.088, com o objetivo de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a). Portanto, uma nova dimensão de cuidado, acolhimento e acompanhamento contínuo passa a orientar e garantir o acesso dessa população à atenção psicossocial, em seus diferentes níveis de complexidade.

A partir disso, considera-se que os sujeitos devem possuir atendimento integral de acordo com as suas necessidades e desejos e, portanto, se os usuários apresentarem necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, os devidos cuidados e orientações devem ser oferecidos, dando oportunidade de realizarem um uso seguro da substância, sem causar muitos prejuízos, ponderando a sua dignidade, autonomia e liberdade - pensando no antiproibicionismo e na redução de danos e respeitando a narrativa subjetiva de cada um. Sob essa ótica, boa parte das necessidades decorrentes do uso de drogas são identificadas pelas Equipes de Saúde da Família (eSF), compostas por um grupo de multiprofissionais: médico(a), enfermeiro(a), auxiliar ou técnico(a) de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foram criados em 2008 pelo Ministério da Saúde com o propósito de apoiar a inserção da Equipe de Saúde da Família (eSF) na rede de serviços e aumentar a resolutividade e o escopo das ações da Atenção Básica (AB). Os Nasf, portanto, fazem parte da AB mas não se constituem como um serviço com espaço físico independente e sim utilizam-se do próprio espaço das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e constituem-se em equipes multiprofissionais que atuam em conjunto com os profissionais das eSF (BRASIL, 2014). O trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi estruturado a partir das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a), a qual consolidou a Saúde da Família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil. Entre os profissionais, estão os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também como uma possibilidade para a reorganização inicial da AB através do “caráter vinculativo e potencial multiplicador de práticas e saberes” (BRASIL, 2010, p. 54).



Os Agentes Comunitários de Saúde são profissionais da esfera do Sistema Único de Saúde (SUS) que compõem a equipe multiprofissional nos serviços da Atenção Básica - Atenção Primária à Saúde (APS) -, sendo cruciais pois se destacam como “ponte” fundamental entre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a comunidade e exercendo uma indispensável função no vínculo, fortalecimento e integração entre os serviços de saúde com a comunidade, considerados “um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade” (NOGUEIRA, 2000, p.10). Os ACS, nessa ótica, possuem um duplo papel, o de morador da comunidade e o de profissional de saúde, conhecendo profundamente a realidade local, logo, suas vivências e experiências são de suma importância para o trabalho da equipe de saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) existente desde o início da década de 1990 foi instituído e regulamentado em 1997 - época em que foi iniciado o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do SUS (BRASIL, 2001) -, com o intuito de consolidar e aprimorar o SUS e mudar o modelo de assistência à saúde a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar e de atividades relacionadas à prevenção de doenças e educação em saúde. Dessa maneira, as ações e atividades do PACS eram prioritariamente desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, profissionais escolhidos dentro da própria comunidade para atuarem junto à população. Ao circular pelas casas da comunidade para cadastrar as famílias e detectar os principais problemas de saúde, os ACS contribuem para que os serviços de saúde possam oferecer uma assistência mais voltada para a família, de acordo com a realidade local e com os problemas de cada comunidade (BRASIL, 2000).

A atividade desses profissionais, porém, só foi regulamentada pela primeira vez em 1999, através do Decreto 3.189/99, a qual estabeleceu que devem desenvolver ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de atividades educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão e avaliação. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), os Agentes Comunitários de Saúde exercem atribuições de: trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e sujeitos sob sua responsabilidade; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; desenvolver atividades de promoção da saúde,

de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde; estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas.

No que tange os usuários de álcool e outras drogas, o ACS é fundamental na ampliação do acesso dessa população às ações e serviços de saúde, além de contribuir com a tarefa de coleta de dados essenciais para o planejamento e programação de ações, bem como para elaboração de propostas e políticas públicas, visando à prevenção e promoção de saúde. Por viverem na comunidade onde trabalham e possuírem extenso conhecimento acerca da realidade local, dialogam e tentam alcançar soluções para os problemas de saúde mais frequentes juntamente com as famílias e indivíduos (LAVOR; LAVOR; LAVOR 2013), entre os quais os cuidados em saúde mental e atenção psicossocial se destacam. Assim, lidando diretamente com os usuários e seus familiares, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde permite a estruturação de ações em consonância com o modelo de atenção psicossocial.

Diante disso, considerando o gradual retorno da lógica e práticas manicomial, que a percepção dos profissionais inseridos nesse paradigma pode influenciar diretamente na sua prática e a importância e o papel dos ACS com usuários de álcool e drogas, esse projeto de pesquisa parte do seguinte questionamento: como as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde de um município tocantinense de pequeno porte, sobre a redução de danos e a abstinência, influenciam as suas ações voltadas aos usuários de álcool e outras drogas?

A partir disso, o interesse pela temática da pesquisa se deu pela minha participação no Projeto de Extensão “Escuta e acolhimento das experiências de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da atenção à saúde mental”, onde aconteceram Rodas de Conversa e diversas trocas com os ACS’s do município de Miracema do Tocantins, além do Projeto de Pesquisa da Iniciação Científica em andamento intitulado “A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção em Saúde Mental”, em que estamos investigando como e quais as formas de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS’s) na atenção em Saúde Mental. Dessa forma, entendemos ser relevante pesquisar acerca das diversas possibilidades de atuação dos ACS’s.

Ademais, o presente estudo justifica-se pela relevância de se pesquisar e compreender como as concepções sobre as estratégias de redução de danos e a lógica da abstinência influenciam e respaldam as práticas dos Agentes Comunitários de Saúde, uma vez que percebe-se um Movimento de Contrarreforma Psiquiátrica e de inversão da lógica Antimanicomial que avança em direção ao desmonte das políticas de saúde mental, das transformações conquistadas pela Reforma Psiquiátrica e a um retorno ao modelo manicomial, hospitalocêntrico e segregacionista.

Como os ACS's são profissionais que representam uma ponte fundamental entre a comunidade e a rede e os serviços de saúde, muitas vezes são os primeiros profissionais que tomam ciência dos casos de familiares e usuários com problemas relacionados ao álcool e outras drogas. Posto isto, é evidente que nas práticas dos Agentes Comunitários de Saúde, são comuns as demandas de saúde mental e outras decorrentes do uso abusivo e dependente de substâncias psicoativas, incluindo seus familiares, além de lidarem com questões relacionadas ao processo de desinstitucionalização, pautado na re-inserção social das pessoas excluídas pelo modelo manicomial.

Além disso, apesar do papel estratégico e fundamental desses profissionais, percebe-se uma quantidade escassa de produções e estudos teóricos que abordam e investigam a temática das práticas e ações adotadas pelos ACS's, principalmente no que tange às atuações voltadas aos usuários de substâncias psicoativas. Dessa forma, tendo em vista a importância e a pertinência dos Agentes Comunitários de Saúde, a tendência de um processo de contrarreforma psiquiátrica, as crescentes demandas de saúde mental relacionadas com o uso de álcool e drogas e essa escassez de trabalhos, a presente pesquisa encontra a sua principal justificativa.

## **2 PROBLEMA DE PESQUISA**

Como as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde de um município tocantinense de pequeno porte, sobre a redução de danos e a abstinência, influenciam as suas ações voltadas aos usuários de álcool e outras drogas?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Identificar e analisar as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Miracema do Tocantins (TO), acerca das estratégias de redução de danos e a lógica da abstinência, buscando compreender como tais concepções respaldam as práticas dos ACS voltadas aos usuários de álcool e outras drogas.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Contextualizar e caracterizar os ACS na Rede de Atenção à Saúde (RAS);
2. Caracterizar a estratégia da Redução de danos e seu papel no Movimento de Luta Antimanicomial;
3. Caracterizar a lógica da abstinência e o seu papel no Movimento de Contrarreforma;
4. Compreender as concepções dos ACS acerca das estratégias de redução de danos e a lógica da abstinência;
5. Analisar, com base no referencial teórico psicanalítico lacaniano, como as atuações dos ACS voltadas aos usuários de álcool e outras drogas têm sido influenciadas por suas concepções sobre a redução de danos e abstinência.

## **4 METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo e exploratório no âmbito das ciências sociais e humanas que, segundo Minayo (1994), é um tipo de pesquisa que se preocupa com um nível de realidade que não pode se quantificar, isto é, dedica-se a questões muito particulares, com um universo de significados, como as motivações, as crenças, aspirações, valores, atitudes, fenômenos e processos que são relacionais e variáveis por serem vivenciados e atribuídos a cada sujeito. Desse modo, a pesquisa qualitativa, por seu caráter de estudo da história, das relações, percepções e representações dos participantes, permite por à vista processos sociais ainda pouco conhecidos e estudados referentes a grupos específicos da sociedade, possibilitando a construção de outras abordagens, a atualização e desenvolvimento de novos conceitos e categorias no período da investigação (MINAYO, 2014). Outrossim, a pesquisa exploratória consiste em proporcionar um conhecimento mais completo e mais adequado da realidade e do problema a ser investigado (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

Sob responsabilidade e orientação do pesquisador Prof<sup>o</sup> Dr. Ricardo Monteiro Guedes de Almeida, tendo como assistente e membro da equipe executora Millena Barbosa Menezes, ambos do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins, Campus de Miracema, a pesquisa foi realizada com dois ACS's que atuam na atenção primária à saúde do município de Miracema do Tocantins (TO), que fica a 78 km de Palmas, capital do estado. O município possui uma população aproximada de 18.248 pessoas (IBGE, 2019) e se estende por 2.656,090 km<sup>2</sup> (IBGE, 2019). Atualmente conta com 55 (cinquenta e cinco) ACS's, que, por sua vez, atuam associados às Unidades Básicas da Atenção Primária de Saúde, a saber: Posto de Saúde universitário; Posto do Correntinho; Posto de Santa Filomena; Posto de Santos Dumont; e a Policlínica. Os ACS's do município são divididos entre 6 (seis) grupos da região urbana e 2 (dois) grupos da região rural, sendo que cada grupo é constituído por uma média de 7 agentes, em que cada agente fica responsável por uma microárea da região.

### **4.1 Método e procedimentos**

O método científico de uma pesquisa, segundo Gil (2002), define-se pelo conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos utilizados para se chegar a um determinado conhecimento ou fenômeno. Para tanto, além da realização de uma pesquisa bibliográfica, ou seja, uma investigação científica de obras já publicadas que permite ao pesquisador obter uma vasta coleção de fenômenos e dados, também foi realizada uma pesquisa de campo, em que a

pesquisadora assistente coletou os dados através do contato direto com o público-alvo da pesquisa.

## **4.2 Instrumento**

Como instrumento para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, que são interações entre participante e entrevistador/pesquisador visando adquirir informações objetivas e subjetivas sobre a temática a ser investigada contidas nas falas dos atores sociais (MINAYO, 2009). À vista disso, o pesquisador tem o objetivo de compreender quais as percepções, pensamentos, conhecimentos e argumentos do sujeito (SEVERINO, 2013) e, para isso, o formato semi-estruturado foi utilizado para direcionar as entrevistas por meio de um roteiro de perguntas previamente elaborado, mas que não foi seguido à risca, uma vez que o modelo semiestruturado é flexível quanto aos assuntos que surgirem durante a entrevista, não seguindo um padrão rígido de perguntas. Posto isto, para esta pesquisa foi elaborado um roteiro (apêndice A) composto por 9 (nove) perguntas. As perguntas abordam os seguintes temas: atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, estratégia de Redução de Danos, lógica da abstinência, usuários de álcool e outras drogas. No mais, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B) foi disponibilizado para que os participantes assinassem. Um gravador de voz, com a permissão dos participantes, foi adotado para contribuir com a coleta e análise dos dados.

## **4.3 Participantes**

Os(as) participantes da pesquisa foram escolhidos de acordo com os seguintes critérios de inclusão: Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), independentemente da idade e sexo, atuantes no município de Miracema do Tocantins (TO) há pelo menos 12 (doze) meses, que tenham interesse e disponibilidade para participar da pesquisa e que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizou-se como critérios de exclusão: Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) que, mesmo atuando na profissão há mais de um ano, não sejam residentes de Miracema do Tocantins (TO).

A amostra de pesquisa foi composta por dois (02) Agentes Comunitários de Saúde, tendo em vista que na pesquisa qualitativa não é necessário um alto valor numérico e que o presente estudo visará identificar e analisar o fenômeno de acordo com a perspectiva dos participantes.

#### **4.4 Abordagem dos participantes e coleta de dados**

Para a realização das entrevistas, os participantes foram contatados e convidados a participarem da pesquisa mediante telefonema da pesquisadora assistente. Além do convite, os participantes também foram informados sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos e o sigilo, bem como, a possibilidade de recusa e/ou desistência da pesquisa em qualquer momento, sem serem prejudicados por isso. A data e o hora da entrevista foram agendadas de acordo com a disponibilidade do participante e da pesquisadora assistente.

Na entrevista, os participantes foram, primeiramente, apresentados(as) de forma compreensiva e objetiva aos riscos, benefícios, objetivos e procedimentos da pesquisa. Além disso, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que elucida os participantes acerca da pesquisa a ser realizada, do seu direito de desistência a qualquer momento sem qualquer prejuízo, do sigilo das informações e do anonimato. Após apresentação, o participante foi convidado a rubricar todas as páginas do documento e assinar a última. O pesquisador principal também rubricou todas as folhas e assinou a última página. O TCLE possui 2 (duas) vias, sendo que 1 (uma) delas ficou com o pesquisador principal e outra com os participantes.

Cada entrevista aconteceu de forma presencial e voluntária em uma sala reservada na UBS de referência do(a) ACS participante, terá duração aproximada de 40 minutos. Cada entrevista foi realizada na presença apenas do(a) participante e da pesquisadora assistente, garantindo assim a privacidade e o sigilo. A entrevista foi orientada por 9 (nove) perguntas, porém o participante foi informado de que não é obrigado a responder a todas as perguntas e que não há respostas certas ou erradas. Ele(a) também foi informado sobre o seu direito de acessá-las e alterá-las em qualquer momento, se assim for do seu desejo. Além disso, com a permissão dos participantes, as entrevistas foram gravadas na íntegra e em formato de áudio, a fim de facilitar e contribuir com a coleta, transcrição e análise dos dados obtidos.

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados das entrevistas foram coletados através de gravações em áudio e analisados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (2011), a qual prevê três etapas fundamentais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados. Conforme Bardin (2011), a análise de conteúdo



é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

Na primeira etapa da análise de conteúdo, a pré-análise, é quando os materiais são organizados e as ideias iniciais são sistematizadas através da leitura “flutuante”, que consiste no primeiro contato com o material para a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, para formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração de indicadores que irão nortear a interpretação final e a preparação formal do material (BARDIN, 2011).

Durante a exploração do material, categorias de análise são definidas e codificadas e os dados brutos serão organizados e agregados em unidades que possuem temáticas comuns. A partir disso, encaminha-se para a última etapa, o tratamento de dados, inferência e interpretação, em que as hipóteses formuladas são modificadas ou confirmadas e o pesquisador deve tornar os resultados brutos obtidos válidos e significativos (CAMPOS, 2004).

Frente ao exposto, a Análise de Conteúdo mostra-se como uma ótima técnica de análise de dados extraídos de aportes de conteúdo verbais ou não-verbais através de uma sistematização de métodos que permitem apreender criticamente as percepções, perspectivas, as queixas, as significações e os sentidos explícitos ou subentendidos das comunicações (SOUSA; SANTOS, 2020). Destarte, para Bardin (2011), a Análise de Conteúdo não possui uma fórmula pronta de aplicação, mas certas regras de base, portanto, é uma técnica em constante revisão e reinvenção que deve levar o analista/pesquisador a um estudo permanente.

O referencial teórico utilizado para o tratamento dos dados se fundamentou na psicanálise lacaniana, uma prática clínica e teórica que surgiu com o psicanalista francês Jacques Lacan (1901-1981). A psicanálise, além de um campo teórico e clínico inicialmente proposto para o tratamento das neuroses criada por Sigmund Freud (1856-1939), é também um método e uma técnica de investigação que tem como objeto o saber inconsciente, não se atendo à concepções empiristas e positivistas da ciência e sim às subjetividades e à relação de transferência entre o(a) sujeito pesquisador(a) e o seu objeto ou campo/tema de estudo.

Iribarry (2003) nos chama a atenção para o fato de que mesmo numa pesquisa teórica existe transferência. Ou seja, ao debruçar-se sobre um arcabouço teórico em que estuda e pretende-se avançar, o pesquisador estabelece uma relação transferencial com o próprio conteúdo investigado na medida em que estas leituras o tocam de determinada forma para além da racionalidade empregada na própria leitura de um texto em particular. (TAVARES; HASHIMOTO, 2013, p. 172).

A psicanálise lacaniana, que faz um retorno a Freud através de Lacan, parte da premissa de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, compreendendo que, antes de falar,

o sujeito é falado e afetado pelo Outro, logo, o inconsciente faz surgir o discurso do Outro no discurso do Sujeito. Dessa forma, a escolha pelo referencial psicanalítico lacaniano parte da premissa do objetivo do trabalho que visa compreender como as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Redução de Danos e a abstinência respaldam as suas práticas voltadas aos usuários de álcool e outras drogas e de como essa teoria pode versar sobre as falas dos(as) participantes.

Quadro 01 - Confluência das Unidades de Registro: Categorias de Análise

Trabalho multiprofissional	Atuação dos ACS junto aos usuários de álcool e outras drogas: desafios e possibilidades	
Encaminhamentos		
Encaminhamentos / Trabalho multiprofissional		
Atuação baseada na atenção e acolhimento		
Atuação junto às famílias		
Descontinuidade no tratamento		
Dificuldade de acesso aos usuários / Atuação junto às famílias		
Atuação do ACS		
Estratégia de intervenção no cuidado		
Papel do ACS		
Importância do cuidado junto à família		
Visitas domiciliares		
Atuação baseada no vínculo		
Funcionamento da RAS		
Ações no município		
Dificuldade de acesso aos usuários		
Falta de adesão de usuários nas ações de saúde		

Estratégia de intervenção no cuidado		
Manejo com os usuários		
Falta de profissionais	Capacitação dos ACS na área da saúde mental para abordagem de usuários de álcool e outras drogas	
Escassez de profissionais		
Escassez de ações no município		
Demanda por apoio profissional e ações sobre a temática		
Necessidade de psicólogos nas demais instituições		
Necessidade de capacitação		
Necessidade de capacitação de toda a equipe de saúde		
Capacitação insuficiente		
Tratamento medicamentoso / Internação		Concepção dos depoentes acerca da redução de danos e abstinência: estigmatização da droga e usuário
Perspectiva biomédica / Estigmatização		
Fatores individuais / Tratamento medicamentoso / Internação		
Terapia como parte do tratamento / tratamento além da medicação		
Perspectiva biomédica / Estigmatização		
Falta de conhecimento sobre o tratamento dos usuários		
Conhecimento/percepção sobre redução de danos		
Conhecimento/percepção sobre a abstinência		
Perspectiva biomédica		

Perspectiva religiosa	
Perspectiva moralizante / estigmatizante	
Medo ao atuar com a questão das drogas	
Constrangimento	
Percepção do ACS sobre o uso de álcool e droga	
Tratamento pela atividade laboral	
Percepção social do uso de álcool e drogas	
Cuidado contínuo	
Articulação entre terapia e medicação	
Medo ao atuar com a questão das drogas	

#### 4.6 Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi submetida à avaliação na Plataforma Brasil para apreciação e análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins (CEP - UFT), de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013), criado para garantir e defender o respeito dos direitos e os interesses dos participantes de pesquisa. O projeto foi devidamente analisado, aprovado e autorizado pelo CEP - UFT, identificado pelo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 69728923.3.0000.5519 (vide anexo A). As entrevistas foram realizadas após a apresentação e assinatura do TCLE, no qual constará os objetivos e métodos da pesquisa, possíveis riscos e benefícios à participação, bem como a garantia de sigilo dos dados pessoais. Ao (À) participante, foi comunicado que os resultados da pesquisa seriam analisados e publicados, mas que seria respaldado o sigilo das informações, o anonimato da sua identidade e a liberdade de

se retirar da pesquisa, independente do motivo e do momento, sem implicar em nenhum prejuízo.

Em qualquer fase da pesquisa, a pesquisadora assistente se disponibilizou a sanar e explicar qualquer dúvida sobre a pesquisa e seus dados, bem como, esteve disponível para acolher qualquer crítica. Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o participante também pôde consultar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Ao fim da pesquisa, um arquivo com todas as gravações de áudio e transcrições das entrevistas foi criado e armazenado em HD externo durante cinco anos.

#### 4.6.1 Riscos

Toda pesquisa com seres humanos envolve a possibilidade de riscos aos participantes. Durante as entrevistas desta pesquisa, os participantes podem apresentar cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas, desconforto ao se expor e expor sua experiência, suscitando vergonha, constrangimento, medo, evocação de memórias negativas, o receio de revelar informações, ter sentimento de estar se sentindo vigiado, ter sentimento de invasão de privacidade, sensação de tempo despendido, alteração de visão de mundo, mobilização emocional frente aos conteúdos abordados nas questões da entrevista, entre outros sentimentos que podem ser desencadeados. Portanto, como forma de diminuir esses riscos, a pesquisadora assistente ofereceu um ambiente seguro, acolhedor e privativo; estabeleceu o rapport (vínculo) com o(a) entrevistado(a) de modo a facilitar a atenção e o acolhimento aos sinais verbais (não verbais) de desconforto e de sentimentos negativos; e ofereceu ao participante a liberdade de interromper, em qualquer momento, a entrevista e a possibilidade de recusa a responder a qualquer pergunta. Além dos riscos mencionados, há também o risco de quebra de sigilo, pois a pesquisa aconteceu através de uma amostra pequena de participantes e foi desenvolvida em um único município. O risco de quebra de sigilo também se encontra relacionado ao trabalho de transcrição das entrevistas e ao armazenamento de dados. A fim de diminuir os riscos de identificação dos participantes, todos os dados pessoais foram omitidos. Em outras palavras, na transcrição e armazenamento das respostas dos participantes, foram utilizados nomes fictícios ou outra forma de manutenção do anonimato, a fim de não prejudicar, causar constrangimento e expor a imagem do participante. Além disso, os materiais coletados serão mantidos sob a guarda do pesquisador responsável pelo prazo de 5 (cinco) anos, ou seja, ele ficará responsável por fazer o download dos dados coletados, sem informações que possibilitem a sua identificação, em um HD externo, e guardará todos os documentos relativos à pesquisa em lugar

restrito. Após cinco anos, a contar do término da pesquisa, os materiais e o download dos dados serão destruídos.

#### 4.6.2 Benefícios

Quanto aos benefícios, a presente pesquisa visou contribuir para as futuras pesquisas relacionadas às práticas dos Agentes Comunitários de Saúde, principalmente no que tange a atuação com usuários de álcool e outras drogas, bem como para possíveis ações de capacitação e formação destes profissionais. Ademais, a pesquisa poderá servir também como subsídio teórico e técnico para profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e estudantes da área da saúde que, por conseguinte, poderão utilizar os conhecimentos para embasar possíveis intervenções e estudos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados obtidos da pesquisa foram divididos em três categorias de análise, a saber: **1. Atuação dos ACS junto aos usuários de álcool e outras drogas: desafios e possibilidades;** **2. Capacitação dos ACS na área da saúde mental para abordagem de usuários de álcool e outras drogas;** **3. Concepção dos depoentes acerca da redução de danos e abstinência: estigmatização da droga e usuário.** A partir disso, as categorias de análise foram discutidas através da teoria psicanalítica de Freud e Lacan, seus comentadores e pensadores e também autores da Reforma Psiquiátrica. Na análise e escrita das categorias elencadas, foram utilizados nomes fictícios para preservar a identidade dos depoentes e pessoas citadas por eles.

Na primeira categoria, “Atuação dos ACS junto aos usuários de álcool e outras drogas: desafios e possibilidades”, será discutido como acontece o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde com usuários de álcool e drogas no município de acordo com os profissionais entrevistados, qual o papel dos ACS’s e principais os desafios e as possibilidades na atuação. Entre os principais desafios encontrados, destaca-se a necessidade de mais capacitações na temática do álcool e outras drogas e seus usuários, o que é abordado na categoria “Capacitação dos ACS na área da saúde mental para abordagem de usuários de álcool e outras drogas”. Por fim, mas não menos importante, a última categoria, “Concepção dos depoentes acerca da redução de danos e abstinência: estigmatização da droga e usuário”, contém reflexões sobre as percepções dos ACS’s sobre a redução de danos e a abstinência, que se mostraram sendo, em boa parte, estigmatizantes.

### 5.1 Atuação dos ACS junto aos usuários de álcool e outras drogas: desafios e possibilidades

Esta categoria diz respeito à maneira como, a partir dos dados obtidos, acontece a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde do município junto aos usuários de álcool e outras drogas e os principais desafios e possibilidades encontradas. A atuação e atividade dos ACS emerge da necessidade de um profissional que atuasse diretamente na interface entre o campo da saúde e da ação social, ocupando um lugar fundamental de mediação entre a comunidade e a equipe de saúde. Por trabalhar no contexto da Atenção Básica e por morar e conhecer o território de atuação, o ACS, juntamente com a sua equipe, planeja ações e programas de acordo com as demandas e necessidades específicas da comunidade atendida. Nesse sentido, como a Atenção Básica integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é também papel desse profissional contribuir no cuidado em saúde mental.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), uma das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde é coletar informações e dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários através do cadastramento das famílias, das visitas domiciliares, entrevistas e outras atividades. A partir da coleta de dados, é realizado o mapeamento das vulnerabilidades, são identificadas e registradas as condições de saúde, identificando usuários com problemas de saúde e encaminhando-os à Unidade de saúde, se necessário. Ou seja, é uma das etapas do diagnóstico da comunidade, em que a realidade local é conhecida e ações de saúde para a população são planejadas e programadas. Essas informações são essenciais, pois ajudam a definir as prioridades e estratégias de intervenção.

Na atuação com a população de sua responsabilidade, é indispensável que o ACS estabeleça um vínculo com o sujeito e a comunidade, pois é a partir dele que as relações são fortalecidas e o acolhimento, a escuta, o diálogo e a comunicação são possibilitados. Nesse sentido, Maria menciona:

Então assim, não pode faltar, tem que ter atenção. E outra coisa também, às vezes tem alguns profissionais que 'não dá' atenção que eles precisam. É que nem te falei, todo problema, principalmente problema psicológico, problema psíquico, ele precisa de uma atenção. Aí a pessoa tá com problema, aí é um problema lá de família, do pai, da mãe (...) Então, assim, se a pessoa não puxar, não tiver paciência de conversar pra ele se liberar, ele se libertar daquilo lá dentro para o profissional, é difícil, né [MARIA].

Nesta fala, Maria expressa uma condição fundamental para o início da relação de cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico e para o acesso a uma rede de apoio: a atenção, o diálogo e o acolhimento. Segundo Rodrigues et al. (2022), os ACS são considerados pela população profissionais associados ao diálogo e que, através do diálogo/conversa entre o usuário e o Agente, vínculos são firmados e, a partir disso, vulnerabilidades são detectadas, sintomas depressivos são identificados e outras demandas em saúde mental também podem ser percebidas, entre elas, o abuso de álcool e outras drogas. O sujeito tem muito a dizer sobre o que funciona pra ele, portanto, precisa ser escutado.

Sob essa ótica, a clínica psicanalítica de orientação lacaniana tem seu enfoque dado ao falasser, ao ser falante, sujeito do inconsciente, formado a partir da relação com o Outro e com a linguagem. Desse modo, a psicanálise não analisa fenômenos em si - como a toxicomania - mas como o ser falante - e não o "toxicômano" - fala, inclusive, sobre o seu sintoma. Ou seja, destaca aquilo que o usuário tem para dizer sobre o seu sofrimento. Ao ser questionada sobre a atuação dos ACS com os usuários de álcool e drogas no município, Maria diz que é bem difícil, que acontecem as visitas domiciliares e nelas deve haver o sigilo, falar pouco, ter muita ética e não transmitir medo aos indivíduos ou deixá-los perceber o medo no ACS. Para tanto, a ACS



entrevistada sugere, novamente, o diálogo, a confiança, a sensibilidade e o acolhimento do profissional:

Você tem que chegar, você tem que falar com eles como se...perguntar o que tá acontecendo. Tem deles que...pra mim, tem deles que chora e aí diz que tá precisando de ajuda. Porque, assim, eles precisam ter confiança do profissional pra ele se abrir, né? Porque senão, ele não se abre. Aí acontece muito, às vezes quando eu chego na casa, a pessoa já começa a chorar. Então eu começo a conversar, abrir o coração também [MARIA]

Além disso, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual apresenta como uma das atribuições dos ACS a necessidade de estar em contato permanente com as famílias, observou-se na fala dos entrevistados que essa atuação em conjunto é entendida como essencial na produção do cuidado com o usuário de álcool e outras drogas. Nessa perspectiva, ao adentrar o ambiente do sujeito, sua esfera e dinâmica familiar, o Agente de Saúde desenvolve uma visão ampliada e articula estratégias de cuidado com base nas demandas e necessidades de cada grupo familiar (RODRIGUES et al., 2022). Como relata Maria:

As terapias geralmente não é só para o paciente, às vezes para a família, para aprender a lidar com o paciente. Porque às vezes o paciente, ele toma o remédio, ele faz as terapias aí quando chega em casa aí todo mundo trata mal, grita, já não aceita (...) Então além da medicação, da desintoxicação do organismo, a terapia é importante. Terapia com ele e com a família.

Chama a atenção que a abordagem da família como parte do processo de tratamento é mencionada por ambos os depoentes. Quando questionado sobre o procedimento de busca ativa de usuários de álcool e drogas, Pedro fala sobre as dificuldades de se entrar em contato com esses usuários, que quase nunca estão em casa, assim, interage mais com familiares. Na sua fala, Pedro diz, inclusive, que é comum a própria família procurar pelos ACS para marcarem consultas com o psicólogo. Da consulta com o psicólogo, ocorrem os encaminhamentos para o psiquiatra ou Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O entrevistado, que é Agente Comunitário de Saúde há vinte e quatro anos, concorda que é de suma importância que o usuário tenha apoio da família: *“É, pra mim acho que sim [faz diferença]. Na própria orientação da família, né...”*.

A propagação da Psicanálise nos movimentos políticos e sociais do Brasil iniciou na década de 1970 e teve grande influência no trabalho de alguns serviços e profissionais que atuam na rede pública de saúde. A maior participação da prática e teoria psicanalítica, que até então tinha seu enfoque no atendimento clínico individual nos consultórios, fez com que o foco das intervenções passasse a recair nas famílias, comunidades e instituições, desenvolvendo um trabalho democrático em que participam todos os protagonistas envolvidos (profissionais,

familiares e instituições) (COSTA VAL et al., 2017). A psicanálise, portanto, potencializa transformações nas práticas em saúde relacionadas à desconstrução do paradigma biomédico e, no que tange a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, essa práxis pode apoiar no sentido de permitir maior sensibilização e acolhimento profissional. Além disso, a Psicanálise pode emergir no contexto do trabalho interdisciplinar, tão priorizado na fala dos ACS depoentes.

É uma doença que não está dissociada do médico (...) A gente tem que... “ah, eu sou...é um trabalho à parte”. Não, tem que estar ligado psiquiatra, psicólogo, médico [MARIA]

a melhor forma pra...é o médico encaminhar para o psiquiatra e o psiquiatra encaminha para o CAPS. Juntamente com o psicólogo, essa equipe todinha, o psicólogo, o psiquiatra e o clínico [MARIA]

Tem que ter o acompanhamento com o psiquiatra, com a psicóloga, o assistente e a medicação pra... pra ir desintoxicando, limpando o organismo, né. [MARIA]

Costa Val et al. (2017) apresentam o trabalho interdisciplinar como estratégia fundamental na Saúde Coletiva e propõe a Psicanálise como uma forma de fortalecer a sua efetivação. Os autores reforçam que não é a mera junção do trabalho de profissionais, cada um com sua abordagem, sem qualquer interação entre eles. Pelo contrário, esse tipo de funcionamento pode promover a fragmentação do paciente nas especialidades. Logo, o trabalho interdisciplinar deve possibilitar que cada área, profissional e familiar se envolva no processo partindo da perspectiva psicanalítica da impossibilidade de qualquer saber recobrir toda a verdade e colocando o sujeito como protagonista de seu tratamento (*ibidem*).

A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde com usuários de álcool e drogas é permeada por limites e possibilidades que vão desde às práticas embasadas entre o imaginário popular e o saber científico até o manejo com os usuários e a criação de estratégias de intervenção no cuidado. Waidman, Costa e Paiano (2012) assinalam que dos profissionais das ESF, os ACS são os que possuem postura mais cordial, afetiva e compreensiva, o que não só possibilita, como facilita a construção de uma relação, um vínculo e diálogo com a comunidade. Essa conduta exprime como são profissionais que estão em uma posição privilegiada por conhecerem a vida dos moradores, suas relações e o território e que, portanto, constroem saberes embasados na própria experiência. Desse modo, já é esperado que os ACS desempenhem função de integração entre o saber construído pela comunidade e o saber técnico (MELO, ASSUNÇÃO, VECCHIA, 2016) mas, por falta de apoio, encontram-se, muitas vezes, sem preparo para atuar em situações que envolvem sofrimento psíquico.

nós não tem psicólogo mais que vai nas casas. Estratégia de Saúde da Família é isso, nós temos que ter o profissional pra visitar, ver o caso das famílias, trabalhar mesmo de perto, e aí a gente não tem esse apoio de trabalho mais de perto [MARIA]

No que tange o saber científico, é importante repensar o funcionamento e a dinâmica dos serviços e profissionais de saúde, visto que é a área mais influenciada pelo paradigma tradicional biomédico, que foca apenas na doença e na sua cura. Sob essa perspectiva, a teoria e prática psicanalítica oferecem respostas diferentes daquelas orientadas pelo modelo biomédico, promovendo transformações nas práticas em saúde ao possibilitar uma abordagem mais global do processo saúde-adoecimento e dos sintomas. Entende-se que sintomas não necessariamente possuem origem orgânica e fisiológica - como normalmente é esperado nos serviços de saúde-, dessa forma, a psicanálise apontou várias concepções para esse conceito, entre elas, como uma via de satisfação individual para desejos sexuais não realizados. À vista disso, é a partir desse olhar individual para cada sujeito e seu sintoma que a prática psicanalítica se sustenta.

No entanto, embora seja fundamental considerar que cada caso é um caso e a relação singular do sujeito com a droga, vê-se que as toxicomanias emergem como um dos efeitos dos discursos técnico-científicos associado ao Discurso do Capitalista, um sintoma social inscrito, mesmo que nas entrelinhas, no discurso dominante da sociedade (MELMAN, 1992). Segundo Ribeiro (2009), Freda (1993) afirma que não é a droga que faz o sujeito toxicômano, mas o dito 'toxicômano' que faz a droga, isto é, é na relação particular do sujeito com o objeto, nessa parceria cínica com a droga que implica em uma modalidade de gozo particular, que a psicanálise se inscreve. Sendo assim, não é possível afirmar que há um perfil específico daqueles que fazem uso - toxicômano ou não - de substâncias tóxicas, já que "o toxicômano não existe" (ZAFIROPOULOS, 1994, p.18), o que existem são sujeitos e o que eles apresentam em seu discurso e não sintomas ou estruturas específicas.

Nessa perspectiva teórica, frequentemente atrás das queixas e sintomas endereçados aos profissionais de saúde, há um sofrimento psíquico que deve ser levado em consideração e que só poderá ser esclarecido se o profissional - no caso, o ACS - estiver disponível para escutar atentamente e acolher, constituindo uma relação de confiança, segurança e respeito (COSTA VAL et al., 2017). Uma relação, portanto, sustentada pela transferência em que o usuário, considerado sujeito do inconsciente, porta uma demanda inconsciente endereçada àquele com quem tem uma relação de cuidado: o Agente Comunitário de Saúde. Em estudo sobre o processo de enfermagem (PE) no cuidado do paciente em sofrimento psíquico Badin, Toledo e Garcia (2018) observaram que a transferência, por enfatizar a fala do paciente e fazer com ele simbolize seu sintoma, é norteadora no manejo com o sujeito.

A transferência, nesse sentido, é entendida como a relação estabelecida entre o sujeito e o analista, em que o primeiro repete formas de satisfação que remetem às suas relações

primitivas com o segundo. Para que se estabeleça a transferência, é necessário que se construa uma relação de confiança, respeitando o tempo do sujeito, de um contato humanizado e sustentada através de uma escuta qualificada (COSTA VAL et al., 2017). Logo, o usuário direciona sua demanda, simboliza seu sintoma e, concomitantemente, o profissional conduz o sujeito na sua elaboração e construção de um “saber” até então desconhecido por ele (*ibidem*): “A leitura da Psicanálise a respeito da “transferência” nos permite prever a repetição de certos comportamentos e posturas que ocorrem, muitas vezes, sem que os envolvidos percebam” (*ibidem*, p. 1297).

Nas visitas, você ir...ter como abordar eles, né, porque muitas vezes a gente vê ele lá, mas muitas vezes você recua, né, como medo deles num gostar, ter um jeito assim de você procurar eles sem, sem...supõe assim, porque eles são usuário, você chegar e dizer que eles são usuário, muitas vezes eles num vão gostar, né [PEDRO].

É uma troca de...a gente pergunta tudo, tudo e aí essa parte, assim, eu podia ter trazido um formulário pra ti ver, mas depois eu vou tirar uma fotinha e mandar pra você. É...porque lá tem a parte que eles perguntam tudo, né, se você é usuário, se você gosta, digamos assim, é...hétero, qual é a sua... orientação sexual. Aí eu gosto de deixar que a pessoa diga, né, ou então preencha. Eu acho muito indiscreta essa parte de você ficar perguntando, examinando a pessoa [MARIA].

Neste caso, Pedro e Maria apresentam justamente que o manejo com os usuários deve partir de uma construção cotidiana com eles, para que não se sintam invadidos e os ACS não sejam “indiscretos”. Vê-se, dessa forma, como a Psicanálise pode contribuir nos serviços de saúde, inclusive na Atenção Primária com os ACS, ao possibilitar o questionamento do paradigma operante, sua visão sobre o sujeito, a doença e a produção de conhecimento (COSTA VAL et al., 2017). A falta de adesão de usuários nas ações de saúde e a dificuldade de acesso aos usuários nos serviços é uma dos desafios relatados pelos depoentes:

a gente vai na casa dos que é usuário, passa pra família “tem tal dia”, mas algum que aparece. Igual fumante, fumante você avisa 10, 15, 20, e aparece 2, a maioria não quer largar de fumar [PEDRO]

muitas vezes na visita é muito difícil achar um deles [PEDRO]

Que quase com eles ainda não tem contato né? Tem mais contato com parente da família [PEDRO].

Só vão quando tão mesmo precisando, ou tão é...vão pra fazer um curativo porque ganharam um tiro, uma facada, uma porrada. É quando eles procuram mais o posto [MARIA]

Essa nova forma de cuidado pode, também, ter influência na maior participação nas ações de saúde, tendo em vista que sentiriam o desejo de continuar a falar e elaborar seu sintoma. Dessa forma,

O cuidado, então, tem como finalidade proporcionar ao paciente a simbolização do sintoma, o que pode dirigir as intervenções para o alcance dos resultados e tem como

horizonte a tessitura de novos significantes que possibilitem a inauguração de uma nova posição do sujeito diante de seu sofrimento. (BADIN; TOLEDO; GARCIA, 2018, p. 2295)

Nesse contexto, a descrição de sinais e sintomas e somente o fato de alguém usar drogas não garantem ou determinam social e clinicamente a toxicomania, na medida em que é a partir da escuta clínica que algo pode ser revelado sobre esse fenômeno (ALBERTI; INEM; RANGEL, 2003). Na verdade, a função da toxicomania está na contramão do sintoma, visto que apareceria para mascarar os sintomas de forma a responder ao mal-estar criado pela angústia de castração através do recurso à droga sem recorrer, no entanto, ao mecanismo da simbolização (*ibid*). Assim, em um retorno a Freud (1930), que concebe o uso de drogas como uma maneira de prevenir o sofrimento e lidar com o mal-estar, a psicanálise, por visar a clínica do um a um a partir do manejo da transferência e da ética do desejo, se volta para a identificação de um sujeito, único, com seu sofrimento e maneira de suportar angústia. Em contraste, a clínica psicanalítica recusa a visão do toxicômano como um dependente químico, cujo todos os problemas relacionam-se ao uso de substâncias tóxicas e seriam resolvidos através de terapia medicamentosa e comportamental.

Além disso, um problema comum encontrado tanto na coleta dos dados quanto na literatura é a dificuldade em estabelecer limites entre sua atuação profissional e a relação pessoal. Embora o fato dos ACS viverem no local onde trabalham ser considerado algo privilegiado e favorável, também traz consequências para o profissional. Cremonese, Motta e Traesel (2013) relatam a sobrecarga dos Agentes de Saúde devido a angústia gerada no cotidiano de trabalho com a comunidade e por não possuírem um espaço necessário para que verbalizem seus questionamentos e aliviar suas angústias e demandas relativas ao trabalho, além do desafio em discernir e limitar entre o que é trabalho e o que é vida pessoal. Em sua fala, Maria apresenta diversas vezes alguns aspectos da sua vida pessoal, principalmente sobre seu filho, que faz uso abusivo do álcool.

É...é um trabalho que não é fácil porque...um trabalho pra você trabalhar diretamente com as pessoas como nós já trabalhamos e eu tenho praticamente um filho viciado em álcool, bebe, é um jovem que começou já na fase adulta...é mais difícil quando começa na fase adulta, ele já tinha vinte anos e hoje ele já tem 35 anos e é um profissional de qualidade, trabalhador, sabe trabalhar, mas assim, a bebida ela deixa a pessoa também a desejar, ela vai 'esfraquecendo' a mente da pessoa, né. E assim, é...é aquele trabalho, né. Passa o dia sem beber, passa a semana sem beber, só que ele precisa de um tratamento [MARIA].

Dessa forma, deve-se considerar que, muitas vezes, a atuação do Agente Comunitário de Saúde está atravessada consideravelmente por envolvimento pessoal e interpessoal, o que pode gerar conflitos e desgaste emocional (ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012).

Eu, assim, meu filho bebe e ele até enjoa, mas ele não chega bravo porque ele me respeita. Às vezes começa a falar alterado e eu “baixa a voz, aqui quem fala mais alto sou eu”. Mas, assim, não é fácil, não é bom, porque a gente não se sente bem, entendeu? É... a gente, nós seres humanos fomos criados pra viver bem. Não fomos criados pra viver esse mundo de drogas, esse problema todo aí fora, né? A gente foi criado pra viver bem, ter paz. Aí se a pessoa vive, por exemplo, a pessoa usa droga, chega em casa drogado, não tem como ele viver uma vida tranquila, um equilíbrio só. Ele tem um distúrbio [MARIA].

Nesse sentido, o sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho deve ser levado em consideração, visto que é frequente o relato desses profissionais sobre as dificuldades em delimitar sua atuação profissional e a relação pessoal que construíram com os membros da comunidade sob a sua responsabilidade (GUIMARÃES et al., 2021).

## **5.2 Capacitação dos ACS na área da saúde mental para abordagem de usuários de álcool e outras drogas**

Nessa categoria, observou-se que os ACS consideram as capacitações relacionadas aos usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas insuficientes e deficitárias. A capacitação de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Saúde Mental e, mais especificamente, com usuários de álcool e outras drogas é uma temática pouco discutida na literatura, embora fundamental para a atuação desses profissionais. É consenso entre os entrevistados que a capacitação relacionada ao uso de álcool e outras drogas é insuficiente e deficitária e que é necessário mais treinamento e orientações específicas para os Agentes trabalharem com essa temática de forma eficaz. Pelo seu papel estratégico na equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS é considerado o principal alvo da comunidade ao expressarem suas necessidades (BORGES; DUARTE, 2017), nesse sentido, Maria relata que, por essa posição estratégica que ocupa, é essencial que estejam preparados para receberem e enfrentarem as demandas e situações complexas endereçadas a eles.

O Agente trabalha... nós tamo na porta, né, é nós que recebemos, nós que lidamos com a primeira situação difícil, somos nós. Muitas vezes nós não temos instrumento de trabalho. Nós precisamos de capacitações, a gente não tem [MARIA].

Por um lado, é possível, com a escuta qualificada do ACS, perceber os obstáculos na atenção primária já no primeiro contato e acolhimento de situações na quais observa-se uma qualidade de vida prejudicada em decorrência do uso de álcool e outras drogas (MELO, ASSUNÇÃO, VECCHIA, 2016). Por outro, é também possível aprimorar a esfera da prevenção de modo mais amplo, já que esse é um dos princípios da atenção básica (*ibidem*). Para tanto, é

necessário capacitar o profissional para atuar na prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas e na promoção de saúde e tratamento, caso necessário. A implantação da prática de capacitação e treinamento específico voltado à essa temática na rotina dos ACS, portanto, está ligada à possibilidade de identificar os casos precocemente e poder proceder quando estes são confirmados.

Os dois depoentes afirmaram ter tido capacitação com o tema álcool e outras drogas há pelo menos dez anos e que é fundamental uma constante atualização:

Fiz um curso também aqui na UFT, teve duração de seis meses em 2018 2013. Fiz um curso de redução de danos, né, álcool e drogas e cigarro, foi um curso muito bom e deu uma base muito boa pra gente, né? Pessoal vinha de Palmas dar esse curso pra gente. Mas, assim, a gente precisa mais porque a gente tem que estar atualizado. Um curso de 2013, nós já *tamos* em 2023, então já tá antigo, de lá pra cá as coisas já mudaram, né [MARIA].

Rapaz, nós fizemos uma vez, não me lembro o ano ( ) eu acho que cada tempo tem que ter uma capacitação que é pra ir...que aquelas que já passou já tem muito tempo, né, acho que todo ano tinha que ter capacitação [PEDRO]

Diante disso, a falta de preparação dificulta o alcance total das demandas da comunidade pelos ACS. Oliveira et al. (2019) destaca a relevância do uso de ferramentas tecnológicas como recurso para o desenvolvimento de educação permanente de Agentes de Saúde, uma vez que permite maior alcance de conceitos e estratégias de saúde para melhor atender as necessidades dos usuários. As autoras analisaram a experiência e as potencialidades do ‘Curso de Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde para ações preventivas ao uso de álcool e outras drogas’ para ações preventivas em situações de uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas no território, na modalidade de Educação à Distância (EAD) e concluíram que houve maior adesão e interesse no curso. Contudo, contrariando esse estudo, Maria prefere os estudos online em relação aos presenciais, que têm mais experiência prática.

É, pra gente se preparar. A gente tem que se capacitar, a gente precisa, a gente... agora mesmo tem uma... O Ministério da Saúde deu um curso de saúde pra Agente de Saúde e a gente teria...um curso de duração de seis meses. Mas, assim, ele não é um curso que te capacita. É um curso mais online, quase não tem aula presencial. Aí você aprende pouco, você não tem estágio na prática, né? [MARIA]

De fato, a tecnologia se tornou um complemento à educação presencial, principalmente após a pandemia da COVID-19, permitindo um maior alcance de pessoas e um complemento ao ensino presencial. No entanto, em comparação com os modelos de cursos presenciais, Dorigatti et al. (2018) observaram que nos cursos via telemedicina houve mais desistência - possivelmente devido à longa duração do curso e outros compromissos à parte -, logo, mesmo na oferta de capacitações e qualificações, um aspecto a ser considerado é como os profissionais

irão receber a proposta de ensino. Para os ACS, a educação permanente é uma estratégia para mantê-los capacitados, melhorar sua atuação junto à população e para promover a atualização técnico-científica, a fim de construir novas formas de atenção à saúde (SANTOS et al., 2023). Pedro diz que, além da capacitação do ACS, é necessário que toda a equipe de saúde se capacite: *“Tem que ter mais...supõe assim, mais médicos, enfermeiros treinados só pra isso”*.

Sob essa perspectiva, a integração de diversos profissionais de diferentes áreas de conhecimento - da Estratégia Saúde da Família (ESF) - é de suma importância para o efetivo processo de construção de saúde das pessoas e das comunidades. A cartilha “Diminuir para Somar” (2011), uma Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde, foi construída com o intuito de apontar direções de trabalho para a atuação dos profissionais de Saúde da Família nas comunidades, em especial os ACS’s que dão atenção às pessoas usuárias de álcool e outras drogas. Neste documento, destaca-se que o papel das equipes de Saúde da Família na questão do álcool e outras drogas é o da prevenção do uso prejudicial e dos riscos a ele associados, da promoção da saúde e do tratamento dos problemas relativos ao uso, abuso e dependência química (termo este não considerado na presente pesquisa). Logo, entende-se o porquê dos depoentes apostarem tanto na importância de toda a equipe estar preparada para a construção e implementação de ações de cuidado à saúde de usuários de drogas.

Como mencionado por Cremonese, Motta e Traesel (2013), a falta de capacitação dos ACS’s resulta não só no reforço de práticas não condizentes com os princípios do SUS, mas também influencia a compreensão do ACS sobre os sujeitos em sofrimento psíquico e a própria capacidade de atuação desses profissionais. A demanda dos ACS por mais profissionais e ações sobre a temática no município é bem evidente em suas falas, como abaixo:

a gente tinha que ter um apoio pra respaldar mais a gente, ajudar, entendeu? Um apoio do psicólogo, né, um médico específico da área também (...) as unidades teria que ter mais...fazer mais reunião [MARIA].

falta funcionário, profissional. Aí se faltar um profissional, o paciente vai lá, aí falta o profissional, falta a medicação [MARIA].

Nesse aspecto, o matriciamento se apresenta como uma importante estratégia de se produzir saúde e promover o cuidado em saúde mental do usuário em sua integralidade através da integração entre duas ou mais equipes, incluindo uma especializada em Saúde Mental (BRASIL, 2011b) a fim de criar propostas de intervenção pedagógico-terapêutica. Esse apoio matricial contempla a demanda da ACS na medida em que a atuação dos profissionais da atenção primária em conjunto com os profissionais especialistas em saúde mental é fundamental, além de ter potencial terapêutico. Lancetti (2006) aborda a potência terapêutica



do ACS ao argumentar sobre a “alma comum e comunitária” desse profissional, que o torna um cuidador inserido no território existencial da comunidade

Em um documento do Ministério da Saúde intitulado “Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite” (BRASIL, 2002b), ressalta-se que o processo de capacitação dos ACS, que deve ser supervisionado pela(o) enfermeira(o) orientador, é gradual, permanente, deve ocorrer no próprio município, à medida que o trabalho vai sendo desenvolvido no cotidiano, além de haver participação de toda a equipe de profissionais de saúde da unidade básica de saúde à qual o Agente está vinculado. Contudo, no município a escassez é não só de capacitação, mas dos próprios trabalhadores de saúde, o que revela mais um desafio na atuação dos ACS's.

nós não tem psicólogo mais que vai nas casas. Estratégia de Saúde da Família é isso, nós temos que ter o profissional pra visitar, ver o caso das famílias, trabalhar mesmo de perto, e aí a gente não tem esse apoio de trabalho mais de perto [MARIA].

Conseqüentemente, surgem lacunas e falhas devido à baixa frequência das capacitações, além de um desconhecimento das próprias atribuições como ACS, consoante o estudo de Cremonese, Motta e Traesel (2013). Nesse sentido, em estudo acerca da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado a usuários de álcool e outras drogas, Melo, Assunção e Vecchia (2016) identificaram que os profissionais se consideram sem recursos para atuar no encaminhamento das demandas apresentadas pelos usuários de álcool e outras drogas, situação semelhante encontrada nas entrevistas e pode ser conferido na fala da Maria:

Primeiro, a capacitação pra trabalhar com eles. A gente tem que capacitar com um profissional qualificado da área pra gente saber abordar uma pessoa assim (...) É, pra você conversar com aquela pessoa, você convencer ele, que ele precisa cuidar, preciso se cuidar, cuidar daquela criança, você tem que ter habilidade, saber falar. Porque senão ele já te responde mal [MARIA].

À vista disso, percebe-se também a necessidade de capacitações específicas na área da saúde mental, menos generalistas e mais focadas para uma compreensão da drogadição, que envolva demandas típicas esperadas no que tange a temática do álcool e outras drogas e, sobretudo, a Redução de Danos. A questão das toxicomanias é abordada por diversos saberes e práticas e, para além da redução de danos, a psicanálise lacaniana como uma modalidade de tratamento também apresenta contribuições. Assim, uma capacitação que englobasse a perspectiva psicanalítica para as toxicomanias teria uma compreensão não restrita apenas às questões químicas e fisiológicas, ou seja, não teria a leitura de um sujeito em termos de apenas um dependente químico. Cavallari e Reale (2020) apontam que o método de abordagem de

Redução de Danos com compreensão psicanalítica complementar possui eficácia em ações preventivas e na elaboração de sintomas.

Dessa maneira, no que tange ações preventivas, as capacitações para os Agentes Comunitários de Saúde devem ser voltadas para o entendimento de que existem diversos aspectos que influenciam o uso e abuso de álcool e outras drogas, aspectos que dizem respeito a uma singularidade do sujeito e que não há um ideal causal e etiológico da toxicomania. Isto posto, a psicanálise de orientação lacaniana tem como regra única e fundamental a associação livre, valorizando a linguagem e o discurso e destacando o usuário de drogas como sujeito com suas singularidades, desejos e escolhas e não como apenas uma identificação à figura do “toxicômano” ou “dependente químico”. Em um cenário marcado pela ótica biomédica, pela lógica proibicionista e de abstinência, tanto a psicanálise lacaniana quanto a redução de danos se destacam como modalidades e estratégias de tratamento pela via do desejo do sujeito, por considerar as inúmeras formas de consumo de drogas e a importância que a substância tem para cada usuário, sem dirigirem-se para as generalizações.

Ribeiro (2009) diferencia a modalidade do uso de substâncias tóxicas enquanto *gadgets* - como qualquer outro objeto de consumo do mercado capitalista -, como uma possibilidade de formação de laço social, ainda regulada pela lógica fálica e social, notavelmente, por exemplo, na adolescência, quando é comum a formação de laços em grupos de jovens em torno de um significante comum: a droga. Nessa modalidade, portanto, a característica principal é o uso recreativo e eventual. Por outro lado, a autora diferencia essa modalidade de uso da toxicomania propriamente dita, na qual há um rompimento dos laços sociais e pode acarretar danos à própria manutenção da vida do sujeito devido à a ‘colagem’ do sujeito ao ‘objeto droga’, em que esta se torna-se fonte de gozo imprescindível para o usuário, um mais-de-gozar particular, um gozo cínico - que não passa pelo corpo do Outro. Há, portanto, múltiplos usos e estilos de interpretação da droga e seus efeitos estão diretamente relacionados com as particularidades e vínculo singular que o sujeito tem com a droga (SANTIAGO, 2001b).

Portanto, entende-se que há diversas modalidades de usuários e formas de usos de drogas, diferenciadas, no campo da psicanálise, através da modalidade de gozo - aqui já explicitadas - experimentada pelo sujeito (RIBEIRO, 2009), que não necessariamente faz do sujeito ‘toxicômano’, podendo ser um uso ocasional e recreativo, uma forma de obter satisfação e diversão a mais, diferente da relação exclusiva e particular que o usuário tem com o objeto droga.

### 5.3 Concepção dos depoentes acerca da redução de danos e abstinência: estigmatização da droga e usuário

A toxicomania é denominada por Santiago (2017) como a relação compulsiva do sujeito com a droga, em que o toxicômano tem no recurso metódico à droga uma maneira de tolerar os efeitos imprevisíveis e angustiantes do gozo do corpo. É importante observar que nem todo uso da droga é um uso toxicomaniaco e que a definição de toxicomania é originada a partir da palavra “tóxico”, se referindo à posição do sujeito com relação à droga, sem depender unicamente da substância psicoativa em si e suas características físicas e químicas (CHAVES, 2006); logo, o relevante é como cada sujeito possui uma relação única com a droga. A redução de danos (RD), dessa maneira, tem se constituído como uma importante estratégia política de luta pela saúde e pelos direitos dos usuários de álcool e drogas, entendendo o uso de substâncias como uma questão multifatorial. Levando isso em consideração, parte da percepção dos ACS vem de acordo com o movimento proposto pela redução de danos, embora também pensem nas dificuldades.

é, parar de vez...pra mim te falar parar de vez, de uma vez, é difícil. Às vezes a gente tem que ter paciência (...) Mas assim, ninguém vai dizer que o usuário de droga ou de bebida, de cigarro, vai parar de uma vez. [MARIA]

Eu acho que é bom só que...raramente, é difícil eles...eu acho difícil porque tem gente que já são viciado, né. Mas parar assim pra usar outra coisa que não seja a droga...porque tem muitos deles que são internados e na hora que saem de lá, voltam pro mesmo... [PEDRO]

Em sua fala, Pedro relata um pensamento comum acerca dos desafios às práticas de redução de danos, que é a dificuldade da pessoa já “viciada”, ou seja, que faz um uso abusivo da droga poder fazer o uso menos prejudicial da substância. Nesse sentido, a redução de danos é entendida pelo ACS como eficaz mais como uma estratégia de prevenção e menos como uma forma de tratamento e promoção de saúde e de direitos do cidadão. Segundo Peyraube (2017), um dos impactos causados pelo déficit na formação dos profissionais de saúde para lidar com a abordagem e tratamento de usuários de álcool e outras drogas é a estigmatização associada às pessoas que usam drogas e que os próprios profissionais são muitas vezes os principais estigmatizadores dessas pessoas. Sendo assim, a capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para a compreensão da RD, do contexto em que o usuário se insere, do uso de drogas e da estigmatização é uma das demandas para haja o cuidado integral a pessoas que fazem uso prejudicial de drogas (LIMA JUNIOR et al., 2015).

Em relação à percepção dos ACS sobre a Redução de Danos, observamos uma certa confusão sobre do que se tratava e a ideia de que essa estratégia funciona como apenas uma

substituição de uma droga pela outra considerada “menos pior”, como a troca do álcool ou crack pelo cigarro, como pode ser apreendido na fala da Maria.

(...) eles usam a estratégia do cigarro. Vamos supor: a pessoa não fuma, mas ele tá trabalhando a redução de danos lá na clínica, e eles usam cigarro pra pessoa fumar pra esquecer o outro, seja a droga ou a bebida. E aí, assim, o que eu acho, no meu conhecimento e experiência, Millena, eu vejo que a pessoa tá saindo de um e entrando em outro, porque o cigarro mata também, né? Ele é mais lento. Às vezes ele é agressivo porque ele ataca os órgãos, né. E aí eu vejo que essa estratégia, eu não vejo ela como uma boa estratégia pra ajudar as pessoas a se libertarem [MARIA].

Então, assim, a pessoa nunca fumou, aí lá ela é ensinada a fumar, aí chega aqui, ele tá viciado no cigarro pra esquecer o outro “cigarro”, vamos supor, a droga, qualquer outro tipo de droga, o álcool. A pessoa se empurra no cigarro [MARIA].

Contudo, a ACS também pensa em outras possibilidades e estratégias de intervenção no cuidado, outras formas de substituição da substância:

O que eu sugeri: quando ela sentir...ela nunca tinha fumado na vida, nunca na vida (...) Aí o que eu usava: “você vai usar o que? na hora que você sentir o desejo, chupa uma balinha. Você vai comer uma fruta, uma coisa que você goste e que possa saciar. Um doce, um chocolate, que possa saciar o seu desejo.” Pois tu acredita que funcionou? Eu comprava pacote de balinha e aí ela escolhia o tipo de sabor que ela queria, se era hortelã, se era balinha de fruta e frutas. Então, assim, com muita persistência, ela desistiu do cigarro. Ela usava droga [MARIA].

Maria continua e, a partir de seu posicionamento, observamos a percepção da Agente de Saúde pautada nas diretrizes da Redução de Danos ao considerar o desejo do usuário, recusando a abstinência como uma obrigatoriedade:

Gosta de uma cervejinha! Então a gente não pode cortar de uma vez, se a pessoa gosta de cerveja, gosta de uma bebida, gosta de outra coisa, né, e aí a pessoa pega e tira, “não, você não pode”. Tem que deixar a pessoa por ele, porque se ele não bebe pra danificar a vida dele, às vezes é só pra ficar alegre, a gente vai deixando aos poucos, né [MARIA]

Por outro lado, a opinião de Pedro aparece como uma oposição à de Maria quando, em sua fala, apoia e consente com a abstinência, considerando-a a melhor opção para o usuário. Nesse sentido, Passos e Souza (2011) apontam a abstinência como o objetivo em comum entre a moral cristã junto com a justiça e a psiquiatria com uma proposta de remissão do sintoma e a cura do dito “doente”.

Eu pra mim eu acho que tinha que parar de uma vez, né? Tinha que parar de uma vez. Agora, difícil é a pessoa parar. Agora parar de pouco, devagar também não....Sendo pra parar tem que parar de uma vez, cortar o mal pela raiz [PEDRO].

Sob essa ótica, apesar de concordarem parcialmente com a perspectiva da redução de danos, as falas dos entrevistados também demonstram um distanciamento dessa estratégia na medida em que se pautam na estigmatização, na abstinência, numa perspectiva biomédica,

religiosa e moralizante. Tendo isso em vista, a Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002 já apontava para a necessidade de se qualificar e aperfeiçoar o modelo de assistência oferecido aos usuários de álcool e drogas, tencionando ações de promoção e articulação entre instituições formadoras através de capacitações e supervisões de equipes de Atenção Básica (SOUZA; RONZANI, 2012). Essa escassez de orientações específicas sobre essa temática resulta em uma atuação e uma prática não condizentes com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

É uma pessoa que hoje, ela é normal, foi no início, né? Quanto mais no início, quanto mais cedo, é mais fácil o tratamento e a cura, né, a pessoa se libertar. Aí ela ficou boa. Hoje é esposa, é funcionária, é funcionária da saúde também e teve filhos, é uma pessoa normal [MARIA]

Observa-se na fala da Maria uma visão patologizante do usuário de álcool e drogas como um sujeito que é destoante da norma e do que é socialmente considerado ideal. Sobre isso, Canguilhem (2011) na sua obra “O Normal e o Patológico” apresenta uma discussão acerca do que pode ser considerado normal e do que é patológico, questionando-se do que e porquê pode ser concebido como saúde ou doença e criticando a visão de que o patológico seria apenas uma variação quantitativa oposta do normal. O médico e filósofo, portanto, propõe que o anormal não seria a ausência de norma e que o patológico também pode ser considerado normal, visto que também constitui uma experiência de vida do ser humano (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999). A ausência de saúde, portanto, não necessariamente indica uma doença. Dentro dessa perspectiva, nota-se o ideal de cura transmitido pelo modelo biomédico que tem o *furor curandis* como elemento essencial na formação dos profissionais de saúde.

O paradigma científico positivista que prevalece há séculos, também denominado paradigma biomédico, apreende a existência de um mundo objetivo e externo ao pesquisador e que, portanto, somente fenômenos observáveis e mensuráveis poderiam ser passíveis de generalizações e validação (COSTA VAL et al., 2017). Um paradigma, assim, que privilegia um ensino voltado para a transmissão técnica e focado na doença e na prática de reabilitação curativa individual (*ibidem*). Em oposição a esse paradigma, surge um outro resultante da aproximação das Ciências Humanas e Sociais ao cenário da ciência tradicional e que reconhece a importância das “das subjetividades, dos processos sócio-históricos da humanidade e das relações que se estabelecem entre pesquisador e seu objeto passou a orientar novas perspectivas de investigação” (COSTA VAL et al., 2017, pp. 1288-1289). A Psicanálise também surge nesse contexto de oposição com o modelo médico-biológico dominante ao propor a subjetividade dividida entre consciente e inconsciente e ao retirar a relevância e prestígio da razão e da consciência.

Contudo, apesar do surgimento de um novo paradigma, de novos campos, teorias, práticas e saberes, ainda não foi suficiente para romper com a hegemonia do paradigma tradicional representado pelo modelo biomédico (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2006). Exemplo disso aparece na fala dos ACS entrevistados:

olha eu tenho outro paciente aqui que ele já tem 12 anos e ele era uma pessoa assim mesmo... um alcoólatra que ele caía de bêbado no chão e ele foi para uma clínica, foi para Goiânia também. E ele lá fez o tratamento, ficou os quatro anos. Quatro é muito tempo...e hoje tá uma pessoa normal. [MARIA]

As comunidades terapêuticas (CTs) - ou clínicas de reabilitação como na fala da Maria - têm tomando destaque no campo de cuidados em saúde mental, principalmente de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas. Essas clínicas, de caráter privado, geralmente são baseadas na religiosidade cristã e têm a administração ligada à Igrejas ou outras instituições religiosas, além de possuir como requisito a atividade laboral a ser realizada pelos acolhidos. De acordo com Santos (2019), as CTs funcionam como dispositivos disciplinares por meio de uma série de obrigações, como atividades de participação compulsória, proibições (entre elas, a abstinência), suspensão de atividades mais prazerosas e, muitas vezes, a intensificação das atividades laborais e do isolamento. Dessa forma, vê-se ações que marcam o crescente movimento de contrarreforma psiquiátrica em andamento no Brasil e estão presentes, inclusive, na falas de profissionais da saúde, como os ACS's:

E, assim, a meta mais forte é a oração, a oração fortalece, entendeu? [MARIA]

a batalha espiritual contra esses principados que são dominadores do mal, porque assim, a droga é uma droga mesmo. A droga, ela é... a droga e a bebida, ela é um tipo de coisa que veio exatamente pra destruir o ser humano. Seja em pequenas quantidades ou muitas [MARIA]

quando tem uma clínica pra acolher eles, que seja uma clínica boa, que tenha tudo aquilo que eles precisam, tenham um campo de jogo, jogo de bola, tenha alguma coisa pra eles trabalhar, eles tem que trabalhar também, porque se eles ficar só comendo e tomando remédio não adianta não. Tem que ter alguma coisa, estudar, uma escola pra eles estudarem, né? É igual os preso, prende os preso lá, aí fica lá só comendo e dormindo, vai resolver o que? Quando sai dali vai fazer a mesma coisa porque não melhorou nada mentalmente. E o usuário também, eles tem que começar a ocupar a mente, tratar, mas ocupar a mente, estudar, trabalhar, se ocupar. [MARIA]

Ao ser questionado sobre a sua concepção acerca da internação de usuários de álcool e outras drogas, Pedro afirma que apoia, pois, assim, ficam longe das ruas: “*Acho, pra mim...pra eles seja bom, né. Porque pelo menos tira das ruas por um dia, pelo menos equilibrar, né*”.

Considerando os retrocessos concernentes à Reforma Psiquiátrica e, mais especificamente, às políticas de álcool e outras drogas no país, como a mudança do paradigma da redução de danos pelo paradigma da abstinência e do proibicionismo, duas modalidades de

tratamento das toxicomanias foram definidas para fundamentar a proposta do presente trabalho: a psicanálise lacaniana e a redução de danos, que, embora tenham seus pontos opostos, também apresentam suas aproximações, como a oposição à lógica de abstinência e à clínica segregativa, a concepção de que o toxicômano possui direito e a liberdade de escolha de parar, diminuir ou não o uso de drogas, e no não julgamento do sujeito quanto ao uso. Contudo, o posicionamento predominante dos profissionais entrevistados é justamente o de julgamento e moralização tanto das drogas como do usuário. Na fala abaixo, vê-se a individualização de uma questão social que abrange diversos fatores - o uso abusivo de álcool e drogas - e a “força de vontade” do sujeito como solução:

a força também, o querer e a força, é muito importante né, a pessoa querer, ter vontade própria. Porque tem gente que tem, às vezes ele quer o tratamento mas ele não se esforça, e aí assim... o tratamento sem o esforço também da pessoa não resolve, a não ser que seja uma internação que a pessoa faça, tome toda a medicação para desintoxicar, limpar todo o organismo, né [MARIA]

Nesse âmbito, a redução de danos possui um caráter pedagógico para atenuar os danos associados ao uso de drogas através da distribuição de materiais e insumos higienizados e descartáveis para o uso, da distribuição de informações sobre um consumo mais seguro de substâncias tóxicas, da escuta dos usuários e da sugestão direta e aconselhamento. Ou seja, é uma maneira de reeducar o gozo do sujeito ao nível do eu - instância imaginária - e da consciência (SALIM; HENRIQUES, 2021). A redução de danos é, para além de uma política de saúde pública, uma estratégia de cuidado que embora tenha diretrizes e propostas generalizadas e universalizadas, também possibilita o pensar e o construir a partir da necessidade e desejo singular de cada sujeito, do um a um e da compreensão da modalidade de relação que o usuário possui com a droga (ARAÚJO, 2019). Assim, a redução de danos tem como objetivo primordial reduzir os danos relacionados ao uso de drogas de acordo com as possibilidades e as demandas do próprio usuário, respeitando-o e escutando-o. Vinculada ao discurso do universitário, a RD ressalta a educação em saúde, a sugestionabilidade e um saber acerca das práticas do uso de drogas.

A psicanálise lacaniana, da mesma forma, também concebe a toxicomania para além da dependência química e da visão biomédica e a compreende a partir da relação que o sujeito possui com a droga, sem tomar como enfoque o objeto droga e se abstendo de julgamentos. No entanto, no que concerne aos desencontros de ambas as modalidades de tratamento, enquanto a redução de danos focaliza a instância imaginária do Eu, a consciência, a psicanálise, como já apresentado, tem seu enfoque dado ao falasser, ao sujeito do desejo, do inconsciente, vinculado aos registros do real e do simbólico (SALIM; HENRIQUES, 2021). A prática psicanalítica

lacaniana é orientada pelo discurso do analista e pela ética do desejo, diferente da ética do bem-estar que orienta a redução de danos, pois não advém de sugestões e prescrições comportamentais ou de um saber pré-concebido em cartilhas do governo que orienta como o sujeito deve proceder (*ibidem*). Logo, há uma recusa ao uso da mestria sobre o uso de substâncias, já que o analista se coloca em uma posição de não-saber para poder escutar o que o sujeito tem a dizer, qual o seu desejo.

Ao lidar com usuários de álcool e outras drogas, geralmente os ACS revelam medo, despreparo, insegurança e preocupação com a falta de qualificação para atuar com a questão das drogas. A concepção baseada no paradigma moralista e proibicionista ainda é hegemônica entre os profissionais de saúde (CORDEIRO et al., 2014) e esse discurso é reproduzido pelos ACS's, embora estejam de acordo com certos aspectos da redução de danos, o que constata uma confusão acerca dos abstinência e redução de danos entre eles. Isso é evidenciado nas seguintes falas:

Nas visitas, você ir...ter como abordar eles, né, porque muitas vezes a gente vê ele lá, mas muitas vezes você recua, né, como medo deles num gostar, ter um jeito assim de você procurar eles sem, sem...supõe assim, porque eles são usuário, você chegar e dizer que eles são usuário, muitas vezes eles num vão gostar, né (...) tem muitas vezes a gente tem medo porque se anda nesses setores aí, né [PEDRO].

Esses dias a menina foi trabalhar na área da colega, a área dela é bem complicada, eu falo, assim, tem que ficar mais atento, porque eles são perigosos os meninos, maioria de menor, mas tudo já passaram, já tem passagem pela polícia, já são vítimas de vários tiros, né, e já atiraram em alguém, já roubaram [MARIA].

Eles...são facção. Briga de facção. E à noite um tinha sido esfaqueado, levou um tiro, tava no hospital. E eles são muitos. Aí quando é assim, os outros ficam em volta da casa, ficam observando pra eliminar mesmo, pra atirar, matar. E de lá também fica aquela revolução de lá pra cá. Aí eu falei pra colega “olha, acho que hoje não é dia de ir lá, não. Aconteceu esse episódio ontem à noite, hoje ainda tá perigoso”. Aí nós fomos, né, ficamos com medo porque eles tudo tavam sentados lá fora, o grupinho, né [MARIA].

Diante desse contexto, verifica-se que o despreparo dos trabalhadores da atenção primária para lidar com o que diz respeito às drogas e o álcool também corresponde com o medo de se lidar com a questão nos territórios periféricos da cidade “em que dinâmica está enredada na própria dinâmica do sistema de produção, distribuição e consumo de drogas” (CORDEIRO et al., 2014, p.904).



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aos nos propormos a investigar e analisar as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde acerca das estratégias de redução de danos e a lógica da abstinência, a fim de compreender como tais concepções respaldam as práticas dos ACS voltadas aos usuários de álcool e outras drogas, nos deparamos com múltiplas e diversas práticas, intervenções e opiniões. Foi possível conhecer a realidade de um município no que tange a temática do álcool e drogas com quem atua diretamente com essa população e são considerados os profissionais que mais identificam demandas relacionadas à saúde mental por sua posição de trabalhador e morador da região. Contudo, a presente pesquisa não deve ser considerada como uma resposta final ao tema, tendo em vista que não pode abarcar o todo, mas pode ser concebida como um ponto de partida para outros trabalhos e mais questionamentos.

Neste trabalho, entendemos as toxicomanias por uma ótica psicanalítica lacaniana, que se contrapõe a uma redução biológica e química do corpo do sujeito que faz uso da droga, ou seja, do sujeito denominado “dependente químico”. A nomenclatura *dependência química* é baseada em manuais de classificação de doenças e compreendida como um transtorno mental e comportamental, ou seja, é entendida como uma doença (SCHIMITH; MURTA; QUEIROZ, 2019). Logo, nossa compreensão - baseada na psicanálise - é contrária a essa percepção ao pensar a toxicomania a partir do que Santiago (2001b) aborda: a toxicomania sob o ponto de vista da dimensão lacaniana da ética do gozo do corpo, compreendendo-a como um modo específico de satisfação, divergindo da “dependência química” que possui uma compreensão mais biológica e química da questão que envolve as drogas.

Assim, o autor considera que a toxicomania, como uma maneira de enfrentar as perturbações do gozo do corpo, pode ser considerada como um mais-gozar particular do sujeito que se mantém ligado a um produto do mercado capitalista. Esse neologismo, mais-de-gozar, foi criado por Lacan para designar “uma função de renúncia ao gozo sob efeito do discurso. Isso que dá lugar ao objeto a” (LACAN, 1968-1969/2008, p. 19) e para situar aquilo que o autor considera como a sua única ideia original dentro da psicanálise: o objeto a, ou objeto causa de desejo para assinalar o objeto perdido da história de cada sujeito, um resíduo que não consegue ser simbolizado, nomeado, aquele que produz a falta que funda o sujeito do desejo.

No que se refere às toxicomanias, retomando a perspectiva de Santiago (2001b) sobre a ética do gozo do corpo, o autor toma a adesão do toxicômano à droga como algo que só pode ser explicado pela posição do corpo submetido à ação do significante e inseparável do gozo,

assim como Lemos (2004) acrescenta o toxicômano como o sujeito que se insere em um mais-de-gozar absoluto, sendo o seu gozo inseparável do próprio corpo e longe do corpo do Outro.

A partir desta pesquisa de caráter qualitativo e exploratório, de uma trajetória bibliográfica fundamentada na Psicanálise Lacaniana e das falas fundamentais de Pedro e Maria, pôde-se compreender a importância da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no campo do álcool e outras drogas por favorecerem o estabelecimento de um primeiro contato com as famílias moradoras na área de abrangência da sua responsabilidade juntamente com as equipes de saúde. Inicialmente, foram abordadas as principais dificuldades e possibilidades na atuação com os usuários de álcool e drogas e foi possível destacar que apesar dos obstáculos, a prática dos ACS's pode ser apreendida como uma possibilidade de construção de estratégias a partir da sua posição privilegiada no cotidiano da comunidade, pois podem pensar em soluções diretamente com as pessoas e suas famílias. Além disso, também devido ao seu papel de elo, conseguem atuar na prevenção e identificação precoce de casos de abuso de drogas e na promoção da saúde.

Por outro lado, os principais desafios dizem respeito à capacitação profissional insuficiente e deficitária, urgindo a necessidade mais treinamento e orientações para a atuação com usuários. A percepção dos ACS's é permeada por uma visão medicalizante, manicomial, estigmatizante, que tem como solução a internação de usuários como forma de tratamento, além de uma atuação atravessada pelo medo, o preconceito e a insegurança em relação ao usuário. Nesse sentido, todas as dificuldades descritas - ademais as já apresentadas, a de entrar em contato com os usuários, falta de adesão de usuários nas ações de saúde, dificuldade de acesso aos serviços, despreparo - se relacionam a carência de capacitação na temática.

No decorrer desta pesquisa, procuramos compreender as concepções dos ACS acerca das estratégias de redução de danos e a lógica da abstinência e observamos que há uma confusão e até mesmo um desconhecimento sobre os termos entre os Agentes de Saúde entrevistados. No que tange a redução de danos, houve a predominância de um conhecimento que reduz essa política a apenas uma substituição de uma droga por outra, considerada “menos pior”, como a troca do álcool ou crack pelo cigarro - o que é visto como algo negativo pelos ACS's. Sobre a abstinência, a compreensão entre os depoentes foi dividida entre concordância e desacordo: por um lado, o entendimento de que não se pode “cortar de uma vez” e que tudo bem “tomar uma cervejinha” e, por outro, “tinha que cortar o mal pela raiz”.

Além disso, buscou-se discutir sobre a Redução de danos e a lógica da abstinência e suas influências na atuação dos ACS's do município. Conseguimos identificar que a lógica da abstinência, que é fundamentada em um discurso moral higienista, no segregacionismo e

estigmatização, respalda as práticas dos Agentes Comunitários do município, visto que está muito presente no imaginário dos profissionais a internação em comunidades terapêuticas como solução para o uso e abuso de álcool e drogas, além da percepção medicalizante e visão estigmatizante do usuário de droga, associando a droga à violência.

Contudo, a prática dos ACS's também pode ser pensada em termos de possibilidade de criação e transformação de vivências a partir da sua posição de diálogo entre comunidade e os serviços de saúde, ou nas palavras de Maria: é uma troca. Nesse sentido, é importante compreender como as práticas em saúde - em especial a mental - estão acontecendo, abrindo a oportunidade de produção de novos conhecimentos e aprimoramento dos saberes já existentes. A psicanálise lacaniana, como teoria e prática, dessa forma, se apresenta como uma opção viável entre as modalidades de embasamento e tratamento das toxicomanias.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. Ciênc. saúde coletiva, 2018 23(6), p. 2067–2074, jun. 2018.
- BADIN, Murielle; TOLEDO, Vanessa Pellegrino; GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti. Contribution of transference to the psychiatric nursing process. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2161–2168, 2018.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. SP: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: MS, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite** (Programas e Relatórios nº 69). Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Secretaria de Políticas de Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Série E. Legislação de Saúde
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 15 mar. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011b

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. (Série E, Legislação em Saúde). 2012<sup>a</sup>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos da Atenção Básica, 39).

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União [internet]. 12 Abr 2019a. [acesso em 21 mar 2021]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm)

BRASIL. **Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019**. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2019b

BRASIL. **Decreto nº 11.480, de 6 de abril de 2023**. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2023

BOKANY, Vilma. Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça – Proximidades e opiniões. In: BOKANY, Vilma. **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça – proximidades e opiniões**. São Paulo: FPA, 2015.

BORGES, Silier Andrade Cardoso; DUARTE, Marco José de Oliveira. Surfando no controle: os lugares que os agentes comunitários ocupam na produção de saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 920–931, jul. 2017.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. Rev. Bras. Enferm., 2004 57(5), p. 611–614, set. 2004.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2011.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Rev IES** (São Paulo) 2002;(6)115-28. Disponível em: [http://www.neip.info/downloads/t\\_hen2.pdf](http://www.neip.info/downloads/t_hen2.pdf).

CAVALLARI, Celi.; REALE, Diva. Psicanálise e redução de danos: autonomia e mútua potencialização. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 73–81, 2020. DOI: 10.52753/bis.2020.v21.34620. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34620>.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS CEBRID. (2007). **Livreto Informativo Sobre Drogas Psicotrópicas**. Universidade Federal de São Paulo – Departamento de Psicobiologia.

CHAVES, Eugênia. **Toxicomania e Transferência**. 2006. 201 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2006.

COSTA VAL, Alexandre et al.. Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1287–1307, out. 2017.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas.; ALMEIDA FILHO, Naomar de Almeida. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 13–36, jan. 1999.

CORDEIRO, Luciana et al.. Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 897–907, jul. 2014.

CREMONESE, Giana Rübenich; MOTTA, Roberta Fin; TRAESEL, Elisete Soares. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 279-293, dez. 2013.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Rev. Saúde Pública**, v.6(1), p. 50-65, 2013. Disponível em: <[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140376/comunidades-terapeuticas-no-brasil\\_exp\\_ansao-institucionalizaca\\_8NQp7yT.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140376/comunidades-terapeuticas-no-brasil_exp_ansao-institucionalizaca_8NQp7yT.pdf)> Acesso em 24 mar 2023.

DORIGATTI, Alcir Escocia et al. Modelo de curso presencial e via telemedicina para preparação em desastres: uma análise comparativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [S.I.], v. 45, n. 3, p. 1-5, 2018.

FERNANDES, Luciana Costa. Drogas: proibicionismo, redução de danos, anti proibicionismo e horizontes. **Captura Críptica: direito, política, atualidade**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 71–95, 2016. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/capturacriptica/article/view/3088>. Acesso em: 15 mar. 2023.

FILEV, Renato. Como você se comporta? Dilemas sobre as dependências de substâncias. In: BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça – proximidades e opiniões**. São Paulo: FPA, 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO JR., Kenneth R. de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1093–1103, out. 2006.

GUIMARAES, Ana Carolina Ametlla et al. Agentes comunitários de saúde e o trabalho com usuários de drogas: obstáculos e desfechos possíveis. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 13, n. 3, p. 89-98, set. 2021. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2021000300008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2021000300008&lng=pt&nrm=iso)>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua**. 2019.

LAVOR, Antonio Carlile Holanda; LAVOR, Miria Campos; LAVOR, Ivan Campos. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM NOVO PROFISSIONAL PARA NOVAS NECESSIDADES DA SAÚDE. SANARE - **Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 5, n. 1, 2013. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/130> . Acesso em: 24 mar. 2023.

LIMA JUNIOR, João Mendes. A educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades, 2015. In: RONZANI, Telmo Mota; COSTA, Pedro Henrique Antunes da; MOTA, Daniela Cristina Belchior & LAPORT, Tamires Jordão (Orgs.), **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. (pp.155-187) São Paulo: Cortez.

MELO, Bárbara Cristina de Assis; ASSUNCAO, Júlia Inácia Vieira; VECCHIA, Marcelo Dalla. Percepções do Cuidado aos Usuários de Drogas por Agentes Comunitários de Saúde. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora , v. 10, n. 2, p. 57-66, dez. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.

MUNICÍPIO do Rio de Janeiro. Diminuir para somar: cartilha de redução de danos para agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro. **Viva Comunidade**: 2011. Disponível em: [https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/SAUDE\\_MENTAL/cartilha\\_de\\_reducao\\_de\\_danos\\_acs.pdf](https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/SAUDE_MENTAL/cartilha_de_reducao_de_danos_acs.pdf)

OLIVEIRA, Maíra Gussi de et al.. Educação a distância como recurso para capacitação de Agentes Comunitários de Saúde para intervenções preventivas relacionadas ao álcool e outras drogas. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 1, 2019. DOI: 10.29397/reciis.v13i1.1593. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1593>.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 154–162, jan. 2011.

PEYRAUBE, Raquel. Estigma de Las Personas que Usan Drogas. Cuidados de la Salud y Derechos Humanos En América Latina, 2017. In: DALLA VECCHIA, Marcelo et al. (Org.), **Drogas e Direitos Humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas** (pp. 29-51). Porto Alegre: Rede Unida.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318-25, 1995.

RIBEIRO, Mourides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

RODRIGUES et al. Limites e possibilidades de agentes comunitários de saúde na identificação de sintomas depressivos. **Ciênc. cuid. saúde**, v.21, 2022.

ROSA, Alcindo José; BONFANTI, Ana Letícia; CARVALHO, Cíntia de Sousa. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 141–152, jan. 2012.

SANTIAGO, Jesús. **A droga do toxicômano**: uma parceria cínica na era da ciência. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2017.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades terapêuticas: temas para reflexão. 1. ed. RIO DE JANEIRO: IPEA, 2019. v. 1. 247p .

SANTOS, Daniela da Silva et al. Acadêmicas de enfermagem na capacitação de agentes comunitários de saúde: relato de experiência. **Revista ComCiência**, v. 7, n. 9, 2023.

SCHIMITH, Polyana Barbosa; MURTA, Geraldo Alberto Viana; QUEIROZ, Sávio Silveira de. A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da Psicologia brasileira. **Psicologia USP**, [S. l.], v. 30, p. e180085, 2019. DOI: 10.1590/0103-6564e180085. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/161342>.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICA SOBRE DROGAS, SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas**: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. ed. 4. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, SENAD. 2011.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SILVA, Bárbara Santos Bernardino da; PESSOA, Paulo José Barroso de Aguiar. Sofrimento e Violência que a Lógica Proibicionista Gera na Vida de Usuários de Drogas Ilícitas. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 187-205, jan. 2019 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812019000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 19 mar. 2023.

SOUSA, José Raul de; SANTOS , Simone Cabral Marinho dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 1396–1416, 2020. DOI: 10.34019/2237-9444.2020.v10.31559. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559>. Acesso em: 28 mar. 2023.

SOUZA, Isabel Cristina Weiss de; RONZANI, Telmo Mota. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 2, p. 237–246, abr. 2012.

SOUZA, Tadeu de Paula. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). 2013. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013. Disponível em:<[https://app.uff.br/observatorio/uploads/A\\_NORMA\\_DA\\_ABSTIN%C3%8ANCIA\\_E\\_O\\_DI\\_SPOSITIVO\\_%E2%80%9CDROGAS%E2%80%9D.pdf](https://app.uff.br/observatorio/uploads/A_NORMA_DA_ABSTIN%C3%8ANCIA_E_O_DI_SPOSITIVO_%E2%80%9CDROGAS%E2%80%9D.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2023.

TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui; HASHIMOTO, Francisco. A pesquisa teórica em psicanálise: das suas condições e possibilidades. Gerais, **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, 2013.



WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; COSTA, Bruna da; PAIANO, Marcelle. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 46, n.5, p.1170-1177. 2012.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

APÊNDICE C - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Unidade Básica de Saúde:

Tempo como Agente Comunitário de Saúde:

1. O que você entende como estratégia de Redução de Danos?
2. Como você acha que a Redução de danos pode influenciar na vida dos usuários de álcool e drogas?
3. O que você pensa sobre a ideia de abstinência para os usuários de álcool e drogas?
4. Como acontece a atuação dos ACS com os usuários de álcool e drogas aqui no município?
5. Qual é o papel dos ACS com os usuários de álcool e drogas aqui no município?
6. Quais são as ações voltadas para os usuários de álcool e drogas e suas famílias?
7. É feito um planejamento de ações para os usuários de álcool e drogas?
8. Qual você considera a melhor maneira do ACS atuar com usuários de álcool e drogas?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE PSICOLOGIA  
CÂMPUS DE MIRACEMA

Avenida Lourdes Solino, S/N, Câmpus de Miracema | 77650-000 | Miracema/TO | (63) 3366-8603 |  
www.uft.edu.br | psicologia.miracema@uft.br



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Redução de Danos e Abstinência: concepções e ações dos Agentes Comunitários de Saúde de um município do Tocantins”, sob responsabilidade e orientação do Prof. Dr. Ricardo Monteiro Guedes de Almeida, tendo como assistente e membro da equipe executora Millena Barbosa Menezes, do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins (UFT) do Câmpus de Miracema. Este convite justifica-se pelo fato de reconhecermos o papel social do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como sendo de grande relevância na vida das pessoas e da comunidade, especialmente no contexto dos problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Por favor, leia atentamente as informações abaixo que regem a participação nesta pesquisa. Se tiver alguma dúvida, sintase à vontade para fazer qualquer pergunta.

Nesta pesquisa, pretendemos investigar como as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS’s) de Miracema do Tocantins (TO) sobre a redução de danos e a abstinência influenciam suas ações voltadas aos usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Em qualquer fase da pesquisa, o (a) Sr. (a) pode negar-se a participar ou desistir, sem sofrer qualquer penalidade ou prejuízo. Mesmo após assinar e consentir com a sua participação, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, independente do motivo. Além disso, lhe é garantido esclarecimentos sobre qualquer dúvida referente à pesquisa.

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada orientada por 9 (nove) questões, em formato presencial e contato único, o que levará aproximadamente 40 minutos. A entrevista será realizada em uma sala reservada na sua Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, apenas na minha e na sua presença, garantindo assim a privacidade e o sigilo. A entrevista será gravada em formato de áudio para posterior transcrição das informações na íntegra. A gravação será iniciada após a sua autorização, o que acontecerá mediante a assinatura deste termo. O (A) Sr. (a) não é obrigado(a) a responder todas as perguntas e, ao responder, não há respostas certas ou erradas, apenas a sua compreensão sobre o assunto abordado.

Nesta pesquisa, os riscos para o (a) Sr. (a) são: cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas, sensação de tempo perdido, desconforto ao expor sua história e experiência, desencadeando memórias negativas, medo, vergonha, constrangimento, receio de revelar informações, ter sentimento de estar se sentindo vigiado, ter sentimento de invasão de privacidade, entre outros sentimentos que podem ser despertados. Portanto, como forma de reduzir esses riscos, ficarei responsável por lhe proporcionar um ambiente de entrevista seguro, acolhedor e privativo. Comprometo-me, também, a identificar e acolher os seus sinais verbais (ou não verbais) de desconforto e de sentimentos negativos. Garantirei a sua liberdade de interromper, em qualquer momento, a entrevista, e lhe darei a possibilidade de recusar a responder a qualquer pergunta. Além dos riscos mencionados, há também o risco de quebra de sigilo, pois a pesquisa acontecerá através de uma amostra pequena de participantes e será desenvolvida em um único município. O risco de quebra de sigilo também se encontra relacionado ao trabalho de transcrição das entrevistas e ao armazenamento de dados. A fim de reduzir esse risco, todos os dados pessoais serão omitidos. Na

Rubricas \_\_\_\_\_  
(Participante)

Página 1 de 3

\_\_\_\_\_  
(Pesquisador responsável)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE PSICOLOGIA  
CÂMPUS DE MIRACEMA**

Avenida Lourdes Solino, S/N, Câmpus de Miracema | 77650-000 | Miracema/TO | (63) 3366-8603 |  
www.uft.edu.br | psicologia.miracema@uft.br



transcrição e armazenamento das suas respostas, serão utilizados nomes fictícios ou outra forma de manutenção do anonimato, a fim de não lhe prejudicar, não lhe causar constrangimento e não expor a sua identidade, atendendo a legislação brasileira (Resoluções N° 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares). Além disso, os materiais coletados serão mantidos sob a guarda do pesquisador responsável pelo prazo de 5 (cinco) anos, ou seja, ele ficará responsável por fazer o download dos dados coletados, sem informações que possibilitem a sua identificação, em um HD externo, e guardará todos os documentos relativos à pesquisa em lugar restrito. Após cinco anos, a contar do término da pesquisa, os materiais e o download dos dados serão destruídos.

São esperados nesta pesquisa benefícios indiretos aos participantes, a saber: contribuir para as futuras pesquisas relacionadas às práticas dos Agentes Comunitários de Saúde, principalmente no que tange a atuação com usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como para possíveis ações de capacitação e formação desses profissionais.

Ao participar deste estudo, o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo ou despesa. Também não receberá qualquer vantagem financeira (pagamento, remuneração ou recompensa) pela sua participação. Em face de eventuais danos causados pela pesquisa ao participante, é garantido ao(à) Sr. (a) o direito a indenização e a cobertura material para reparação. Asseguramos ao(à) Sr(a), pelo tempo que for necessário, o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/índiretos e imediatos/tardios decorrentes da sua participação na pesquisa.

As informações e os resultados da pesquisa serão analisados e publicados somente para fins acadêmicos e científicos, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. O pesquisador responsável e eu ficaremos responsáveis por analisar as informações e os dados coletados na realização da entrevista e as suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Sendo assim, em qualquer uma das fases da pesquisa, inclusive no momento posterior e no momento de divulgação científica, garantimos ao(à) Sr. (a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa.

Para qualquer tipo de informação, dúvida, esclarecimento ou críticas sobre a pesquisa, o Sr. (a) poderá entrar em contato, em qualquer momento, com o responsável pela pesquisa, o professor Dr. Ricardo Monteiro Guedes de Almeida, através do número (83) 98839-8039 ou endereço eletrônico [ricardo.almeida@uft.edu.br](mailto:ricardo.almeida@uft.edu.br); e/ou comigo, Millena Barbosa Menezes, pesquisadora assistente e membro da equipe executora, por meio do telefone (63) 99956-4665 e/ou endereço eletrônico [millena.menezes@mail.uft.edu.br](mailto:millena.menezes@mail.uft.edu.br). Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Em relação às dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o(a) Sr. (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins – CEP/UFT. O CEP é um colegiado multi e transdisciplinar que trabalha para garantir e defender os seus interesses como participante da pesquisa e tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Caso seja necessário e você achar que a pesquisa não está sendo realizada de forma ética ou que está sendo prejudicado de alguma forma,

Rubricas \_\_\_\_\_  
(Participante)

\_\_\_\_\_  
(Pesquisador responsável)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE PSICOLOGIA  
CÂMPUS DE MIRACEMA**

Avenida Lourdes Solino, S/N, Câmpus de Miracema | 77650-000 | Miracema/TO | (63) 3366-8603 |  
www.uft.edu.br | psicologia.miracema@uft.br



você pode entrar em contato com o CEP/UFT pelo telefone (63) 3232-8023, pelo e-mail [cep\\_uft@uft.edu.br](mailto:cep_uft@uft.edu.br), ou Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio do Almojarifado, CEP-UFT 77001-090 - Palmas/TO.

Este documento é emitido em duas vias que serão ambas rubricadas e assinadas pelo pesquisador responsável e pelo Sr. (a), sendo que uma será arquivada por ele e a outra será fornecida ao Sr.(a).

**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_, declaro que li, entendi todo o conteúdo deste documento e concordo em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável

Rubricas \_\_\_\_\_  
(Participante)

\_\_\_\_\_  
(Pesquisador responsável)

## APÊNDICE C - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

Entrevista 01 - Maria

### 1. O que você entende como estratégia de Redução de Danos?

Redução de danos? Uma das estratégias é, no meu trabalho, é você trabalhar com a pessoa...é, você...Primeiros passos: para uma pessoa, vamos supor, alcoolizada, alcoólica, drogados, ou meio depressivo, né. É uma doença que não está dissociada do médico, ela tem que estar é... na medicina, a pessoa precisa. A gente tem que... “ah, eu sou...é um trabalho à parte”. Não, tem que estar ligado psiquiatra, psicólogo,médico. Ou seja, o médico...primeiro vai no médico, né, depois encaminha para o psicólogo e o psicólogo vê se tem...alega necessidade psiquiatra ou às vezes vice-versa, o médico já encaminha para o psiquiatra. É...é um trabalho que não é fácil porque...um trabalho pra você trabalhar diretamente com as pessoas como nós já trabalhamos e eu tenho praticamente um filho viciado em álcool, bebe, é um jovem que começou já na fase adulta...é mais difícil quando começa na fase adulta, ele já tinha vinte anos e hoje ele já tem 35 anos e é um profissional de qualidade, trabalhador, sabe trabalhar, mas assim, a bebida ela deixa a pessoa também a desejar, ela vai ‘esfraquecendo’ a mente da pessoa, né. E assim, é...é aquele trabalho, né. Passa o dia sem beber, passa a semana sem beber, só que ele precisa de um tratamento.

E, assim, na área eu já trabalhei com várias pessoas, já acompanhei drogado, já acompanhei pessoas de uso de droga, até mesmo prostituição, que eu já acho que não está dissociado dos vícios. Então, Millena, a gente não vai discriminar ninguém, não é um fator discriminativo, né? Mas assim, é uma parte que a gente vê que precisa de tratamento. O drogado, ele precisa de acompanhamento, ele precisa de tratamento, de ir mesmo numa clínica. Ser, às vezes, até internado, pra tomar os remédios.

Eu conheci uma pessoa no meu...parece que eu estava no meu segundo ano de trabalho. Uma pessoa que eu tive a oportunidade de acompanhar, de visitar lá em Goiânia, daqui eu ia lá. A pessoa ficou trinta dias.

#### **Daqui de Miracema você ia para Goiânia?**

Sim, foi internada numa clínica espírita. E aí a pessoa ficou internada lá e eu acompanhando, né, e aí ela...quando completou, antes de completar, um dia antes de completar os trinta dias ela disse que tava bem. Aí ela pegou e pediu para vir embora. Eu pensei que ela não ia ‘reestabilizar’, ia estabilizar, né, melhorar. Mas ela graças a Deus ficou boa, é uma pessoa que hoje, ela é normal, foi no início, né? Quanto mais no início, quanto mais cedo, é mais fácil o tratamento e a cura, né, a pessoa se libertar. Aí ela ficou boa. Hoje é esposa, é funcionária, é funcionária da saúde também e teve filhos, é uma pessoa normal, a gente não divulga nome, né,

mas também não interessa, porque qualquer um de nós, filho ou irmão, estamos sujeito a algum tipo de danos, problemas, né. E, assim, e outras pessoas que eu já encaminhei, né, para o tratamento.

### **E como funciona esse encaminhamento?**

A gente primeiro encaminha para o médico. Aí o médico avalia a pessoa, aí ele já acha...às vezes ele já encaminha direto para a psicóloga ou psiquiatra. Você vê que é um caso do mais grave que precisa passar pelo psiquiatra, ele encaminha para o psiquiatra. Aí ele já começa a fazer aquele trabalho, o psiquiatra pede exame, né, aí se for caso do CAPS, ele já... a pessoa já vai fazer o tratamento no CAPS, tomando medicação, é acompanhado, lá tem psiquiatra, tem psicóloga, tem um assistente, tem toda assistência que eles precisam, sabe, e a medicação para desintoxicar.

O problema maior, ter esse trabalho com danos, é porque as pessoas, quando eles começam o tratamento, eles não dão procedimento, eles não continuam e aí se quebrar... tem gente que se acha que já tá preparado pra enfrentar, né, lá fora, os desafios. Aí é liberto, porque a força também, o querer e a força, é muito importante né, a pessoa querer, ter vontade própria. Porque tem gente que tem, às vezes ele quer o tratamento mas ele não se esforça, e aí assim... o tratamento sem o esforço também da pessoa não resolve, a não ser que seja uma internação que a pessoa faça, tome toda a medicação para desintoxicar, limpar todo o organismo, né.

### **Na sua opinião, qual a melhor forma de tratamento para os usuários? De álcool, de drogas.**

É, na verdade, a melhor forma pra...é o médico encaminhar para o psiquiatra e o psiquiatra encaminha para o CAPS. Juntamente com o psicólogo, essa equipe todinha, o psicólogo, o psiquiatra e o clínico.

### **A equipe toda.**

A equipe toda. Para acompanhar e a pessoa ser acompanhada de perto. E também é um dos fatores...tem muitos fatores que nesse caso, às vezes, o município deixa a desejar.

### **Como?**

O trabalho. Porque não persiste, falta funcionário, profissional. Aí se faltar um profissional, o paciente vai lá, aí falta o profissional, falta a medicação. Esse povo, eles são povo viciado, se ele estiver em tratamento e tiver qualquer contrariação, já “cai” de novo, sabe. Pode até tá levantando. Então assim, não pode faltar, tem que ter atenção. E outra coisa também, às vezes tem alguns profissionais que não dá atenção que eles precisam. É que nem te falei, todo problema, principalmente problema psicológico, problema psíquico, ele precisa de uma atenção. Aí a pessoa tá com problema, aí é um problema lá de família, do pai, da mãe...às vezes é um problema de separação, que isso tudo afeta a pessoa, o jovem, o adolescente. Então, assim,



se a pessoa não puxar, não tiver paciência de conversar pra ele se liberar, ele se libertar daquilo lá dentro para o profissional, é difícil, né. A pessoa toma remédio, toma, mas por dentro ele está “cheio”, ele não consegue limpar, tirar o que tem dentro dele pra fora. E aí precisa soltar isso, não é só a medicação por causa da limpeza no organismo, as toxinas que fica.

**E aí como você acha que seria essa limpeza? Para além da medicação? Você fala que para além da medicação, tem que ter algo a mais, o que seria esse “a mais”?**

Tem que ter algo a mais, sabe, Millena. Assim, às vezes terapia mesmo. As terapias geralmente não é só para o paciente, às vezes para a família, para aprender a lidar com o paciente. Porque às vezes o paciente, ele toma o remédio, ele faz as terapias aí quando chega em casa aí todo mundo trata mal, grita, já não aceita. E o paciente, ele se desespera também, ele acaba caindo. É muito melindroso, é muito... essa situação não é fácil. É, eu já acompanhei vários pacientes na minha área, essa situação. Paciente que às vezes ficam até meio...já vi assim, é, danos de drogas, de álcool, mas às vezes a mente já tá tão assim, a mente tá tão fraca que a pessoa fica...acaba tomando remédio para controlar a mente porque fica mesmo é louco, né. Então além da medicação, da desintoxicação do organismo, a terapia é importante. Terapia com ele e com a família. Inclusive esse paciente que eu acompanhei lá em Goiânia tinha terapia, tinha terapia duas vezes na semana, aí as famílias não podiam participar de tudo porque morava longe, mas eles exigiam que a pessoa participasse pelo menos de quinze em quinze dias, mas o próprio paciente tinha que ir duas vezes na semana.

**Quando a gente fala assim sobre redução de danos, a gente entende, assim, que a pessoa que usa droga, usa álcool, ela vai continuar usando, certo? A gente querendo ou não...**

Acha que vai continuar usando, né?

**E aí a gente entende que se ela for usar, que use de uma forma que prejudique menos, né, que use de uma forma que...pra reduzir os danos.**

Tem que ter o controle, então se ele não tiver o controle, se ele não souber se controlar...ele às vezes até se controla ali um pouquinho mas se ele se exagerar um pouquinho, ele torna a cair. Porque quantas pessoas, a gente vê que ele tá bem...olha eu tenho outro paciente aqui que ele já tem 12 anos e ele era uma pessoa assim mesmo... um alcoólatra que ele caía de bêbado no chão e ele foi para uma clínica, foi para Goiânia também. E ele lá fez o tratamento, ficou os quatro anos. Quatro é muito tempo...e hoje tá uma pessoa normal, ele tem o carrinho dele, vende as coisas dele na rua, sabe, tem a bicicletinha, tem as coisinhas. Eu gosto muito de conversar com ele, ele não é da minha área, é da área da minha colega. Eu lembro dele, eu converso com ele e aí eu digo pra ele: “fulano, eu lembro de ti assim naquela época que tu vivia

aquela vida. Então assim, a gente torcia muito pra você hoje ser essa pessoa”, Hoje ele já se libertou, de verdade, não usa mais, tem família, ele conta as tristezas dele do passado.

## **2. Como você acha que a Redução de danos pode influenciar na vida dos usuários de álcool e drogas?**

O que que as clínicas que eu já tenho visitado com paciente, eu gosto de visitar, sabe? Inclusive eu tô com uma clínica, agora a gente tá conversando com o dono da clínica particular. Eu falei pra ele que eu quero fazer uma visita, porque a gente tem que conhecer, sabe? Conhecer as clínicas, saber... porque a gente trabalha com informação, Millena. A gente precisa informar pras pessoas, pros familiares... que tem gente que procura, o próprio usuário ele procura, outros, a família procura. Então, a gente tem que conhecer. Então, eu tô conversando com essa pessoa... e eu vejo o trabalho, o trabalho de redução nessas clínicas... pras pessoas internarem, pra eles ficarem, por exemplo, que não é menos de seis meses pra pessoa recuperar, aí a maioria não tem dinheiro. Aí às vezes eles cobram um salário, as clínicas particulares, um salário e fora as outras coisas.

E lá mesmo nessa clínica que eu tive visitando um paciente lá em Goiânia, eles usam várias estratégias e eu não concordo com essas estratégias.

### **Quais?**

Não sei se você...se tá dentro do curso, se você...eles usam a estratégia do cigarro. Vamos supor: a pessoa não fuma, mas ele tá trabalhando a redução de danos lá na clínica, e eles usam cigarro pra pessoa fumar pra esquecer o outro, seja a droga ou a bebida. E aí, assim, o que eu acho, no meu conhecimento e experiência, Millena, eu vejo que a pessoa tá saindo de um e entrando em outro, porque o cigarro mata também, né? Ele é mais lento. Às vezes ele é agressivo porque ele ataca os órgãos, né. E aí eu vejo que essa estratégia, eu não vejo ela como uma boa estratégia pra ajudar as pessoas a se libertarem da redução de danos. Eles usam pra...agora, o que eu sugeri nessa época pra pessoa que é daqui e não mora mais aqui... e eu era muito ligada à essa pessoa, eu acompanhava de perto. O que eu sugeri: quando ela sentir...ela nunca tinha fumado na vida, nunca na vida. Então, assim, a pessoa nunca fumou aí lá ela é ensinada a fumar, aí chega aqui, ele tá viciado no cigarro pra esquecer o outro “cigarro”, vamos supor, a droga, qualquer outro tipo de droga, o álcool. A pessoa se empurra no cigarro. Aí o que eu usava: “você vai usar o que? na hora que você sentir o desejo, chupa uma balinha. Você vai comer uma fruta, uma coisa que você goste e que possa saciar. Um doce, um chocolate, que possa saciar o seu desejo.” Pois tu acredita que funcionou? Eu comprava pacote de balinha e aí ela escolhia o tipo de sabor que ela queria, se era hortelã, se era balinha de fruta e frutas.

Então, assim, com muita persistência, ela desistiu do cigarro. Ela usava droga. E assim, hoje é uma pessoa legal, tem o que? Vai fazer vinte anos. Gosta de uma cervejinha!

Então a gente não pode cortar de uma vez, se a pessoa gosta de cerveja, gosta de uma bebida gosta de outra coisa, né, e aí a pessoa pega e tira, “não, você não pode”. Tem que deixar a pessoa por ele, porque se ele não bebe pra danificar a vida dele, às vezes é só pra ficar alegre, a gente vai deixando aos poucos, né

**Isso era até uma próxima pergunta aqui.**

### **3. O que você pensa sobre a ideia de abstinência para os usuários de álcool e drogas?**

Parar de vez o uso, né? Pois é, foi isso aí. É, a abstinência ela é terrível, né. Mas nesses horários, inclusive o cigarro que eles introduzem nas clínicas, muitas clínicas, nem todas. Tem as clínicas espíritas, essa lá era clínica espírita, as evangélicas já não fazem isso, eles usam outros métodos. No caso, usam balinha, usa frutas, é...um chocolate, entendeu? Pra pessoa saciar aquele desejo. E, assim, a meta mais forte é a oração, a oração fortalece, entendeu? E nessa época eu já era cristã, tenho vinte e cinco anos de cristã, é uma batalha. Não sei se tu acredita, mas assim, a batalha espiritual contra esses principados que são dominadores do mal, porque assim, a droga é uma droga mesmo. A droga, ela é... a droga e a bebida, ela é um tipo de coisa que veio exatamente pra destruir o ser humano. Seja em pequenas quantidades ou muitas. Tem gente que tem controle de usar pouco, mas mesmo pouco, ele vai estragar. Porque você vê o nome e já é droga. O que a droga vai fazer de benefício, trazer de benefício pro organismo? Nada.

**O que você acha da ideia da abstinência, da pessoa fazer uso de álcool ou droga e ter que parar de vez?**

Millena, é, parar de vez...pra mim te falar parar de vez, de uma vez, é difícil. Às vezes a gente tem que ter paciência. Às vezes mesmo a pessoa indo pra clínica, fazendo o tratamento de desintoxicação, né, ela vai parando. Mas assim, ninguém vai dizer que o usuário de droga ou de bebida, de cigarro, vai parar de uma vez. Assim, você vai trabalhar a pessoa, não é fácil, você tem que ter atenção, orientação. “Fulano, você já parou pra pensar que esse vício te adocece? Que esse vício vai causar isso e isso. E a família?” O tanto de homens e mulheres que perderam as famílias. Eu tava lá na clínica, lá na Secretaria de Goiânia e chegou um rapaz, um turista, piloto de avião, eu esqueci o nome desse rapaz..muito bonito, no uniformezinho do trabalho dele. E ele chegou na época, é, foi em dois mil...dois mil e cinco, ele chegou com o dinheiro e não tinha vaga. Naquela época era como se fosse vinte mil hoje, ele ofereceu vinte mil pela vaga dele. Ele tava perdendo a família dele. Era convênio com o estado, Só que até você conseguir esse convênio, conseguir acionar a Secretaria de Estado, né? Pra conseguir essa

vaga não é fácil e ele tava apressado porque ele tinha saído de lá tinha uns trinta dias, tinha saído do trabalho, tava bem e aí caiu de novo. Porque, assim, os vícios levam a pessoa a cair de novo, qualquer coisinha, se tiver qualquer falta de apoio em casa, uma contrariação no trabalho, em algum lugar, ele volta. Parece que ele vai saciar...aquilo que ele tá passando, aquela luta, ele vai saciar no vício. Ficar alegre, ficar esquecido. Aí esse rapaz chegou chorando, dizendo que estava com o dinheiro pra pagar, pra ficar pelo menos dez dias. Doido, sabe? Disse que a esposa já tinha largado, os pais. Porque é sério, né.

Família de usuário de droga, de bebida não é fácil não. A pessoa bebe...às vezes a pessoa não chega nem a quebrar nada, não é aquela pessoa de chegar e quebrar, mas só em você conviver com a pessoa alcoólatra, se você não tiver uma mente controlada, não tiver força, você também descontrola, você acaba dando depressão, ficando arriada e não aguenta não.

Eu, assim, meu filho bebe e ele até enjoa, mas ele não chega bravo porque ele me respeita. Às vezes começa a falar alterado e eu “baixa a voz, aqui quem fala mais alto sou eu”. Mas, assim, não é fácil, não é bom, porque a gente não se sente bem, entendeu? É... a gente, nós seres humanos fomos criados pra viver bem. Não fomos criados pra viver esse mundo de drogas, esse problema todo aí fora, né? A gente foi criado pra viver bem, ter paz. Aí se a pessoa vive, por exemplo, a pessoa usa droga, chega em casa drogado, não tem como ele viver uma vida tranquila, um equilíbrio só. Ele tem um distúrbio.

#### **4. Como acontece a atuação dos ACS com os usuários de álcool e drogas aqui no município?**

Millena, é bem difícil, não é fácil não. A gente visita, né, as casas, a gente tem que ter sigilo, falar pouco, a gente tem que ter muita ética, não transmitir pra eles medo, porque se você transmitir medo ou eles observar que você tá receosa deles, digamos assim. Porque eles são muito ativos, eles percebem rápido. Você tem que chegar, você tem que falar com eles como se...perguntar o que tá acontecendo. Tem deles que...pra mim, tem deles que chora e aí diz que tá precisando de ajuda. Porque, assim, eles precisam ter confiança do profissional pra ele se abrir, né? Porque senão, ele não se abre. Aí acontece muito, às vezes quando eu chego na casa, a pessoa já começa a chorar. Então eu começo a conversar, abrir o coração também. Aí eu pergunto o que que está acontecendo, já tô sabendo mais ou menos. Aí a pessoa conta, e eu pergunto "quer ajuda?". Aí uns dizem que querem ajuda, outros “não tem mais jeito”, eles dizem assim: “não tem mais jeito” e eu: “tem, tem jeito sim”. Aí é onde eu encaminho pro posto. Vai primeiro pro médico.

**Pra UBS?**

É, pra UBS. Aí a UBS encaminha pro psicólogo, ou psiquiatra porque o psicólogo também pode encaminhar pro psiquiatra. Então depende do caso. Às vezes tem caso que encaminha primeiro pro psicólogo, né. Mas o usuário mesmo, ele é encaminhado já, assim, para o próprio psicólogo. Tem as etapas, cada psicólogo trabalha em uma coisa, né, aí encaminha para o psiquiatra e o psiquiatra já encaminha pro CAPS. Ocorre até isso. O CAPS é que toma de conta dessas coisas, faz todo o procedimento, o médico, o profissional, os profissionais também treinados. Então é isso.

Mas assim pra você abordar eles em casa ou na rua não é fácil não. Você tem que ter... e se você não souber eles toma ódio da gente.

**Então esse trabalho de vocês acontece principalmente nas visitas domiciliares, né?**

Nas visitas, exatamente. A gente, vê, né? Que a gente sabe... é tipo assim, a gente tem o mapa de todo mundo, né? A gente sabe a vida de todo mundo porque... a gente trabalha, começa trabalhando do básico, as perguntas que a gente faz, né? Faz o mapeamento todinho.

Então assim... aí tem pessoas que não se abrem pra dizer que eles são usuários. É igual, assim, outras áreas...eu tenho uma pessoa, ele, digamos assim, a palavra mais... que eu vou usar um termo bem simples, né. Às vezes o homem não gosta do homem...da mulher, e gosta de homem. Aí a gente deixa bem...às vezes chega ali naquela parte, a gente já observa se a pessoa gosta... de qual é o sexo que ela gosta, né. Aí a gente já pede pra ele preencher, pra gente não se constranger e nem constranger a pessoa fazendo pergunta. É igual pergunta do salário, você observa a pessoa, você não vai ficar perguntando "quantos salários você ganha?". É muito indiscreto, isso..

**Tem que ter...um manejo.**

É, tem que ter esse manejo, você saber...mais ou menos entender que a pessoa vai e diz, às vezes tá conversando com ele, você pergunta qual é a sua função? Tem muita gente que é, por exemplo, professor, trabalha na secretaria e ele não diz que é, ele já se diz funcionário público. Aí ele não quer...às vezes é pra não divulgar o salário. Aí a gente pergunta "mas qual a área..." porque lá (na ficha) eles pedem, tem os campos que pede tudo. Qual a área que você trabalha, aí você sabe mais ou menos qual o salário que a pessoa ganha.

É uma troca de...a gente pergunta tudo, tudo e aí essa parte, assim, eu podia ter trazido um formulário pra ti ver, mas depois eu vou tirar uma fotinha e mandar pra você. É...porque lá tem a parte que eles perguntam tudo, né, se você é usuário, se você gosta, digamos assim, é...hétero, qual é a sua... orientação sexual. Aí eu gosto de deixar que a pessoa diga, né, ou então preencha. Eu acho muito indiscreta essa parte de você ficar perguntando, examinando a pessoa.

**5. Qual é o papel dos ACS com os usuários de álcool e drogas aqui no município?**

É orientar, a gente orienta, faz uma orientação normal. Igual faz pras outras pessoas, orienta ir no médico, orienta a usar... pergunta se nas relações sexuais o que a pessoa gosta de usar, se é preservativo, se é anticoncepcional, a mulher, no caso. O correto é preservativo, né, mas nem todos, por exemplo, assim, as mulheres que são usuárias, a gente incentiva muito a usar o preservativo e usar o anticoncepcional, ou mesmo fazer laqueadura pra não se encher de filho. A pessoa se enche de filhos, as crianças... filha de quem não tem condição nem de se cuidar, de não cuidar das crianças. E assim, a gente orienta, faz uma orientação normal como se fosse pra uma pessoa sadia. Bom, eu pelo menos particularmente faço isso, né? Orientação, aí tem algumas coisas que são mais íntimas, né, que a gente faz umas perguntas mais...

**Específicas?**

É, mais específicas, né, e às vezes tem deles que dão abertura e outros não dão.

**Depende do caso, né?**

É, depende do caso.

**6. Quais são as ações voltadas para os usuários de álcool e drogas e suas famílias?**

As famílias, aqui, Millena, tá um caos pra uma cidade pequena. Nós estamos com um número muito grande, sabe? Principalmente nessas periferias, sabe, a gente não vai dizer que no centro não tem, mas, por exemplo, minha área aqui é uma população mais esclarecida e, assim, geralmente dá mais caso na população mais fraca e menos esclarecida, sabe? Porque quem é mais esclarecido, assim, para eles usam mais no sentido... usa como um cigarro, uma cerveja que eles usam, mas decente. Aí não dá nem pra você perceber quem usa e quem não usa. Às vezes você sabe quem usa, mas a pessoa não transparece muito, né? Mas, assim, nas pessoas, família mais carente você vê que, assim, as mães parem mais, as crianças nascem... "bichin" de três, cinco anos já começa a ficar na rua fora de horas, né. E essas famílias são vulneráveis, realmente numa vulnerabilidade extrema. Pobreza mesmo. E aí a gente orienta, mas é difícil. Nós trabalha umas com as outras, as meninas gostam de me chamar pra trabalhar essas áreas difícil, né. Esses dias a menina foi trabalhar na área da colega, a área dela é bem complicada, eu falo, assim, tem que ficar mais atento, porque eles são perigosos os meninos, maioria de menor, mas tudo já passaram, já tem passagem pela polícia, já são vítimas de vários tiros, né, e já atiraram em alguém, já roubaram. São difíceis. Aí tinha acontecido um episódio lá bem complicado um dia lá, na noite anterior, aí a colega precisava fechar e ela me chamou. Eu pensei que ela não ia lá naquele dia, "menina, hoje não é teu dia de ir lá não, nós ir lá não, tá recente o acontecido".

**O que aconteceu?**

Eles...são facção. Briga de facção. E à noite um tinha sido esfaqueado, levou um tiro, tava no hospital. E eles são muitos. Aí quando é assim, os outros ficam em volta da casa, ficam observando pra eliminar mesmo, pra atirar, matar. E de lá também fica aquela revolução de lá pra cá. Aí eu falei pra colega “olha, acho que hoje não é dia de ir lá, não. Aconteceu esse episódio ontem à noite, hoje ainda tá perigoso”. Aí nós fomos, né, ficamos com medo porque eles tudo tavam sentados lá fora, o grupinho, né. Aí eles tão tudo armado. Então, assim, a gente não tem que nem ficar olhando muito pra eles quando tão daquele jeito. Chega, faz o trabalho, as perguntas que a gente precisa fazer. Entrega o encaminhamento ou alguma coisa que a gente vai entregar, mas assim, tem que ter muita “sigilidade”, né? Porque é perigoso.

### **7. É feito um planejamento de ações para os usuários de álcool e drogas?**

É, Millena, as ação a gente faz reunião no posto da Unidade, os palestrante, né, as psicólogas vão. Aqui tá muito carente de psicólogo. Aí me falam “essa gestão”, é as gestões, não é só essa que tá aí, todos tem essa dificuldade, não sei se é verba, o que é que alegam, que eles alegam que não tem. Porque uma psicóloga na Policlínica, lá é o específico, né, eles trabalham a parte mais, digamos assim, quando a pessoa tá...como é o termo que vocês falam? Tem um termo mais leve e um termo mais aprofundado, né? Aí esse mais aprofundado fica lá na policlínica, os mais leve vai pro Posto, nesse caso, menos, como eu digo, mais leve, mesmo. E aí, esses casos vai pros postos, mas assim, olha, às vezes nós mesmos, nosso posto tem atendimento com um psicólogo uma vez na semana. E esse psicólogo que atende lá, ele atende em todas as UBS. Não dá, é muito pouco.

#### **Você acha insuficiente?**

É insuficiente.

#### **Então é mais voltado pra palestra?**

Pra palestra. Então, assim, nós não tem psicólogo mais que vai nas casas. Estratégia de Saúde da Família é isso, nós temos que ter o profissional pra visitar, ver o caso das famílias, trabalhar mesmo de perto, e aí a gente não tem esse apoio de trabalho mais de perto. Trabalha mais pelo coletivo.

### **8. Qual você considera a melhor maneira do ACS atuar com usuários de álcool e drogas?**

Olha é, Millena, na verdade, essa parte aí é bem complicada, mas gente tinha que ter um apoio pra respaldar mais a gente, ajudar, entendeu? Um apoio do psicólogo, né, um médico específico da área também. Digamos, as unidades teria que ter mais...fazer mais reunião. Eu nem sei quais estratégias que deveria montar pra trabalhar esse público porque eles são difícil. Só vão quando tão mesmo precisando, ou tão é...vão pra fazer um curativo porque ganharam

um tiro, uma facada, uma porrada. É quando eles procuram mais o posto. Ou então eles vão lá brigar, tem vez que eles chegam lá, se a gente não tiver... assim, tem vez que é obrigado a chamar a polícia, entende?

**Então você achada que deveria ter uma ação mais multidisciplinar, vários atores, médicos, psicólogos.**

Médicos, psicólogos, nós (ACSs), as assistentes sociais, trabalhar mais essa área e a área financeira, por exemplo, o desemprego é muito grande. E aí parece que o desemprego já faz com que a pessoa vá nas drogas e pro álcool, em muitos casos, nem tanto, tem deles que é alcoólatra e trabalha, tem família, tem tudo. É porque gosta mesmo, sabe. Mas, assim, tem muitos que, como eu te falei, nós temos o planejamento familiar, trabalha a família pra não parir, não ter muitos filhos, evitar, tanto faz pro homem, quanto pra mulher. Porque assim, quando eles, uma família tem cinco, seis, tem família que tem trezes filhos. Não tem como uma pessoa pobre criar um tanto de filho desse e eles ter acompanhamento, e nem na escola. Outra coisa que eu acho importante, toda escola tem que ter psicólogo, precisa de alguém, uma criança ou um adolescente dá uma crise de ansiedade e tem que ir pro posto, chega lá não tem psicólogo, tem que ir pro médico clínico. Aí já começa com remédio, remédio pra antidepressivo, remédio pra dormir, que eu acho que essa aí não é a forma ideal já pra trabalhar.

Porque às vezes você tá ansiosa, com problema de ansiedade, às vezes não é depressão ainda, né? Ela tá ali, é uma ansiedade por algum motivo, por alguma coisa que você não conseguiu fazer no trabalho, alguma coisa que você não conseguiu fazer, né? Principalmente no adolescente.

**Procurar saber o motivo, então?**

Saber o motivo, conversar. Às vezes uma pressão psicológica que eles recebe de um colega, que isso aí também atinge. Aí, assim, aí já entra o médico. Eu, particularmente, filho ou neto que eu já tenho, eu não entro já com medicação, não. Por mais que o médico passa, eles tomam o primeiro dia pra se acalmar, depois... a minha mesmo, a minha neta, ela teve...ela é muito ansiosa, ela é muito estudiosa, mas ela é muito ansiosa..Tudo dela é naquela hora que ela quer fazer. E ela tem umas crises de ansiedade e o médico passou pra ela um ansiolítico, passou um outro remédio forte, zolpidem, pra ela dormir. Eu falei “doutor, o problema dela não é dormir, ela dorme é muito. O problema dela é que ela tá ansiosa”. Então eu levei no psicólogo, ela fez a primeira sessão. Porque assim, com adolescente, eles ficam muito desocupados, o adolescente ele tem várias funções. Ele dá conta de fazer várias coisas ao mesmo tempo. Ele estuda, ele assiste filme, ele faz trabalho, tá com a mão no computador e no celular, né. E aí, às vezes leva à ansiedade, porque fica ansioso demais, né.



Inclusive essa menina minha, te falando assim de exemplo, aí ela ficou lá em casa, né, controlou um pouco. Esses dias a mãe dela levou ela lá pra Palmas, levou pra Palmas pra um trabalho e tá lá trabalhando. Graças a Deus tá bem. Muitas vezes é falta de ocupação, a pessoa tá ali preocupada e ele fica ansioso. E às vezes a pessoa também que vai pra droga, pro álcool, muitas vezes é falta de ocupação, não tem serviço aí vai beber. Porque não falta dinheiro pra quem quer beber, quem quer usar droga, não falta, os colegas lá fora compartilham tudo.

Aí, é meio complicado essa essa parte, né, porque você trabalha... o Agente trabalha... nós tamo na porta, né, é nós que recebemos, nós que lidamos com a primeira situação difícil, somos nós. Muitas vezes nós não temos instrumento de trabalho. Nós precisamos de capacitações, a gente não tem.

### **Quais seriam esses instrumentos de capacitação?**

Primeiro, a capacitação pra trabalhar com eles. A gente tem que capacitar com um profissional qualificado da área pra gente saber abordar uma pessoa assim. Se você não tiver uma boa experiência, Millena, pra você abordar uma pessoa usuária, uma pessoa drogada quando você chega na casa... Vai, chega na casa, e a mãe é usuária, o pai, a criança tá lá, o bichinho maltratado. Falta tudo. É, pra você conversar com aquela pessoa, você convencer ele, que ele precisa cuidar, preciso se cuidar, cuidar daquela criança, você tem que ter habilidade, saber falar. Porque senão ele já te responde mal, diz "olha, não tenho dinheiro, não tenho, não tenho nada, eu não tenho emprego. E aí o que vocês vão fazer? Vão trazer pra mim?". Eles falam assim.

### **Você acha que tem que ter uma capacitação específica, então, com os usuários?**

É, pra gente se preparar. A gente tem que se capacitar, a gente precisa, a gente... agora mesmo tem uma... O Ministério da Saúde deu um curso de saúde pra agente de saúde e a gente teria...um curso de, duração de seis meses. Mas, assim, ele não é um curso que te capacita. É um curso mais online, quase não tem aula presencial. Aí você aprende pouco, você não tem estágio na prática, né? Então, eu acho assim, pra fazer...eu já fiz um curso desse, sou das primeiras, fiz um curso desse há muito tempo. Fiz um curso também aqui na UFT, teve duração de seis meses em 2018. 2013. Fiz um curso de redução de danos, né, álcool e drogas e cigarro, foi um curso muito bom e deu uma base muito boa pra gente, né? Pessoal vinha de Palmas dar esse curso pra gente. Mas, assim, a gente precisa mais porque a gente tem que estar atualizado. Um curso de 2013, nós já tamos em 2023, então já tá antigo, de lá pra cá as coisas já mudaram, né.

### **9. Quais os principais desafios que você encontra para atuar com usuários de álcool e drogas?**

Então, Millena, não sei se eu vou falar exatamente dentro desse desafio, quais são os desafios que você quer que eu fale...

**O que você quiser, não tem respostas certas ou erradas, o que você falar vai ser importante.**

Então, os desafios são esses, né, você sai para o trabalho e aí você sai, digamos assim, você sai sem o armamento. Qual é o armamento? É exatamente isso que falei, falta de capacitação. Você chega na casa do usuário, da pessoa com problema, você às vezes fica de mãos atadas sem saber o que faz. Porque, se você disser assim, “vai no Posto”... aí você tem que ir, passar pelo médico, pegar encaminhamento pra você passar pelo psicólogo. Nem toda semana tem vaga. Às vezes a pessoa tá passando por uma dificuldade dessa, precisa passar amanhã pelo profissional pra ajudar a amenizar a situação e tem que esperar dez dias. Aí o caso vai só, ó, se agravando. Principalmente as crianças, porque tem muita criança vulnerável, que o pai é usuário, a mãe é usuária, não cuida das crianças. Os bichinho fica jogado, largado, então, assim, eu acho... aqui outra coisa que não tem: não tem, aqui não tem clínica. Aqui em Miracema não tem nenhuma clínica pelo SUS pra amparar essa situação.

**Clínica que você fala são essas clínicas de reabilitação?**

É, uhum, porque aqui o trabalho que dá...esse trabalho aqui, ele não é um trabalho aprofundado pra trabalhar com isso. Trabalha mais a parte, digamos assim, parte mais externa, uma parte assim com orientação. Mas não tem trabalho pra você ir lá, vai ter os profissionais que vai trabalhar diretamente com essas pessoas. Porque tinha que ter uma clínica, nesse trabalho tinha que ter uma clínica de internação.

**O que você acha que tem que ter nessa clínica de internação que você fala? Qual é o principal papel da clínica?**

Tem que ter o acompanhamento com o psiquiatra, com a psicóloga, o assistente e a medicação pra... pra ir desintoxicando, limpando o organismo, né. Porque tem coisas que se não limpar, se não fizer ali o tratamento específico, só... tem paciente que se você dá o remédio pra ele tomar em casa ele não toma. Às vezes você diz assim "quando vem médico e passa o remédio, você vem todo dia tomar o remédio aqui" (na UBS). Não adianta levar pra casa porque eles não toma. Porque eles nem vão, eles vão na primeira semana e depois não vão. E aí esses paciente não vão, aí os profissionais não vão atrás pra saber e joga pra nós pra ir atrás deles. Aí a gente vai atrás, mas não resolve muita coisa, porque eles chega lá e já começa tudo de novo.

Então, acho assim, quando tem uma clínica pra acolher eles, que seja uma clínica boa, que tenha tudo aquilo que eles precisam, tenham um campo de jogo, jogo de bola, tenha alguma coisa pra eles trabalhar, eles tem que trabalhar também, porque se eles ficar só comendo e

tomando remédio não adianta não. Tem que ter alguma coisa, estudar, uma escola pra eles estudarem, né? É igual os preso, prende os preso lá, aí fica lá só comendo e dormindo, vai resolver o que? Quando sai dali vai fazer a mesma coisa porque não melhorou nada mentalmente. E o usuário também, eles tem que começar a ocupar a mente, tratar, mas ocupar a mente, estudar, trabalhar, se ocupar.

**Você acha importante, então, essa parte psicológica também...**

Psicológica, com certeza. Psicológica é mais ainda do que... assim, é os dois juntos, psicológica e a medicação. São duas coisas que é muito importante. Aí, é difícil trabalhar essa área e, assim, você vê que aqui, tá...os danos tão a cada dia se multiplicando a essas pessoas, né, principalmente adolescente.

Outra coisa que eu ia colocar, Millena, é, o povo tem medo. Assim, eu por exemplo, na minha área, não tem. A pessoa que eu conheço é lá da área de outra colega. O que tem de idoso, idoso sofrendo. Pessoa com setenta, oitenta anos em vez de viver uma vida boa... Aí eu tem um filho ou uma filha que da casa do pai ou da mãe, faz a casa do pai um ponto de venda de droga. Aí a mãe não dorme, passa a noite com os usuários ali comprando. Eu acho um absurdo. Tá tendo um caso aqui e o povo não denuncia. Complicado.

**Tem mais alguma coisa que você acha importante falar?**

Não, se tu tiver alguma coisa pra perguntar, pode perguntar alguma coisa que eu não respondi. Às vezes, é alguma pergunta que não alcançou o teu objetivo. Pode perguntar porque às vezes a gente esquece, é muitas coisas, a gente acaba esquecendo. Mas é experiência de vida, é o que eu vivi na vida.

É uma coisa, assim, bem... hoje o pessoal que atua, nem todos, né. Hoje os bons profissionais mesmo são aqueles que se interessam pelo usuário, interessa pelo bem-estar do usuário mesmo. Eu digo tanto faz a parte clínica como a parte psicológica, né, digamos assim. Porque às vezes hoje as pessoas faz muito de conta, “ai tô ganhando meu dinheiro”, mas não é assim, é a parte humana, o amor, é isso que é o trabalho. O trabalho de todo profissional, quando tem dedicação, trabalhar só pelo dinheiro não funciona. O trabalho que um psicólogo faz, um psiquiatra, um agente de saúde, um médico ou qualquer outro profissional da saúde... a gente não é valorizado, a gente não queria... a gente só queria que pelo menos eles dessem suporte. Digamos assim, as autoridades, Secretaria de Saúde, Ministério de Saúde desse suporte pra gente trabalhar com esse povo, né? Se interessasse pela pessoa. Complicado. Mas essas capacitação, esse suporte pra trabalhar e é isso, né?

É isso, Millena, a abstinência é assim, às vezes realmente precisa ser substituído o uso daquilo, daquele objeto por uma coisa que não faça dano pra pessoa, que não cause dano. Por

exemplo, como eu te falei, a balinha, a fruta, um chocolate, alguma coisa assim até que a pessoa se recupere né e lave o organismo. Para de pedir aquilo, né, porque o organismo fica pedindo. O que manda aí também é o bom profissional, é você atuar bem na sua área e servir bem atenção. Hoje o profissional bom é aquele que tem atenção. Todas as consultas, você vai na consulta de particular você vê atenção, você o médico muito atencioso.

## **Entrevista 2 - Pedro**

**UBS:** Alaídes Nunes do Amaral

**Tempo como ACS:** 24 anos

### **Você tem muita experiência com usuário de álcool, drogas?**

Não, quer dizer, tem muitos na minha área, pessoas que usa álcool bastante. Assim, bebe todo dia, agora alcoólatra, eu conheço um. Por enquanto tem só um que eu saiba. Assim, que bebia, aí parou esses tempos. Mas eu não tirei ele como alcoólatra. Ele fumava e bebia, adoeceu, estava secando as pernas, aí ele procurou o médico.

### **Secando as pernas, como assim?**

É, secando assim, dando problema nele, nas pernas. Aí o médico disse que foi por conta da cachaça. Aí ele me procurou querendo consulta, não tava se sentindo bem, aí eu levei ele...marquei pra ele. Ele foi pro médico, o médico encaminhou ele...primeiro foi pro psicólogo parece, depois foi em outra médica. Sei que ele parou...dizendo ele que vai largar. Sei que ele...mudou totalmente, a fisionomia dele, ele parou de fumar, parou de beber, até engordou mais, que não tinha mais carne. Agora, tem outros que, eles...você sabe que eles são usuários, mas não falam pra ti.

### **É mais difícil eles irem atrás de você?**

É, eles é mais difícil.

### **E como vocês fazem nesses casos?**

Aí é sempre quando a gente vai na casa, mas ninguém anda vendo eles. É...sempre estão...acho que estão pra rua. Nunca encontra...é, tem um que dificilmente, se brincar tem bem um ano que eu vi ele. Se tá na casa, a mãe dele não fala, eu sempre vejo ela só, né, e o marido dela. Agora tem uma, diz que arrumou um marido, tá morando na área da outra lá...Essa é usuária mesmo, né, andou pedindo na rua, mas essa quando eu voltar de férias, se ela tiver ainda continuando com o marido na área da outra eu vou dar baixa nela.

### **Quando vocês encontram essas pessoas, qual a ação que vocês fazem? Quando vocês percebem que há um problema de uso de álcool e drogas?**

Sempre eles não...se você chegar neles, eles não querem aceitar, né, sempre falam que não usam. Aí a mãe deles que, sempre quando vai no posto ou procura a gente, a gente marca a consulta. Aí assim encaminha pro psicólogo.

Eu tive um na minha área, que morou na minha área, que não deu problema nenhum, ele mesmo se declarou que era usuário. Ele fumava maconha, usava crack, bebia...Pedi pra botar lá que ele era usuário...mas os outros não...é mais difícil. Sempre eles querem esconder, mesmo a gente sabendo que eles usam.

**Por que você acha que eles escondem?**

Acho que é...deve ser vergonha ou...

**1. O que você entende como estratégia de Redução de Danos?**

É só terminar o tratamento do jeito que estão fazendo aí, que não...eles não cumprem o tratamento correto. Eles, muitas vezes, a prefeitura consegue o tratamento e tudo mas eles abandonam.

**Como é esse tratamento? Como funciona?**

Eu não sei, é...quando tem...eles levam, eles mandam eles pro CAPS. Aí quando vai pra lá, não sabe como é que é o tratamento não. Só ó encaminha pro posto de saúde e de lá, eles encaminha pro CAPS, tem uns que vai pro psicólogo, mas tem uns que vai direto pro CAPS também, os que estão mais afetados.

**Quando você fala que eles estão mais afetados, como assim?**

É quando eles estão mesmo bem dependente mesmo. Mais grave.

**Quando eles não falam que são usuários, mas de alguma forma vocês sabem, o vocês fazem?**

Igual eu falei né? Que quase com eles ainda não tem contato né? Tem mais contato com parente da família. Aí, às vezes, eles procuram a gente pra marcar consulta com psicólogo, aí a gente marca e eles vão. De lá, a gente marca com o clínico, né, aí o clínico encaminha pro psicólogo ou psiquiatra, o CAPS.

**Você falou sobre a família, você acha importante ter esse apoio da família, essa presença.**

**Você acha que faz diferença**

É, pra mim acho que sim. Na própria orientação da família, né, que sempre a família não quer que ele seja usuário...

**2. Como você acha que a Redução de danos pode influenciar na vida dos usuários de álcool e drogas?**

Eu acho que é bom só que...raramente, é difícil eles...eu acho difícil porque tem gente que já são viciado, né. Mas parar assim pra usar outra coisa que não seja a droga...porque tem muitos deles que são internados e na hora que saem de lá, voltam pro mesmo...

**Acontece muito aqui das pessoas serem internadas nessas clínicas de reabilitação?**

Na minha área, nunca tem ninguém que foi internado não. Mas nas áreas dos colegas, sempre tem, aparece uns internados.

**O que você acha dessa internação?**

Acho, pra mim...pra eles seja bom, né. Porque pelo menos tira das ruas por um dia, pelo menos equilibrar, né.

**3. O que você pensa sobre a ideia de abstinência para os usuários de álcool e drogas?**

Eu acho que...é uma boa, só que tem pessoas que não consegue parar de vez, né. Tem uns que param, igual esse mesmo da minha área, ele parou, até agora...já tem bem um mês, ele parou de usar o álcool e o fumo, ele usava demais. Mas muitos não param de vez.

**E como que você acha que deve acontecer, já que muita dessas pessoas não conseguem parar?**

Eu acho que tem que diminuir, né, eu acho que é difícil diminuir porque a pessoa tá viciada e acho que não diminui não. Acha que tá diminuindo mas não tá.

**Qual que você acha então que é uma alternativa, uma forma de ajudar essas pessoas?**

Eu pra mim eu acho que tinha que parar de uma vez, né? Tinha que parar de uma vez. Agora, difícil é a pessoa parar. Agora parar de pouco, devagar também não....Sendo pra parar tem que parar de uma vez, cortar o mal pela raiz.

**4. Como acontece a atuação dos ACS com os usuários de álcool e drogas aqui no município?**

No nosso postinho ali e tem a do tabagismo que faz reunião.

**É com psicólogo, um grupo, como é?**

É com a Doutora Mariana (*nome fictício*), ela é dentista. E tem as reuniões do pessoal que usa álcool e drogas, que são o pessoal do CAPS. Só que a gente só reúne com eles, só passa o prazo pra eles...Supõe assim, eles vêm com aquela lista de pessoas que são usuários pra saber se moram naquela área, porque na verdade, muitas vezes, eles ficam...o cadastro deles tá na nossa área, mas ele já mudou pra uns três setores. Então assim, nós passa, só atualiza. Aí aqueles que é acompanhado pelo psiquiatra muitas vezes a gente vai na visita. O pessoal vem, o psiquiatra, aí vai na casa dela. Tem a Ana, né? A Ana, que é sempre é pra ir lá na casa dela.

**Ana quem?**

A Ana é usuária. Aí mas nós nunca foi ainda não. Porque sempre tem outras visita...

**O que vocês fazem nessas visitas domiciliares?**

Só acompanha...o médico que conversa com eles e tudo, e a enfermeira.

**Aí quando é só vocês sozinhos nas visitas? O que vocês fazem, tem alguma orientação?**

Não, muitas vezes na visita é muito difícil achar um deles. Sempre quando eles estão lá, eles te recebem bem e tudo...Muitas vezes nós não dá nem uma orientação. Primeiro, não fala e aí tem aquele constrangimento, muitas vezes você tocar no assunto e eles não gostar. Mas sempre eles...a hora que a gente vai na casa é a hora que eles tão de boa lá. Sempre te recebe...

**5. Qual é o papel dos ACS com os usuários de álcool e drogas aqui no município?**

Não, não aqui no postinho nosso não....só tem esse mesmo que falei. Agora não sei nos outros, porque tem posto que tem mais agravos, mas no nosso aqui, só se for alguns dos colegas que tem. O meu mesmo, trabalho na área e tem mais...mora mais professor, enfermeiros...E se alguém usa na área é encoberto, ninguém sabe.

**6. Quais são as ações voltadas para os usuários de álcool e drogas e suas famílias? São só essas do tabagismo da dentista e do Caps?**

Isso.

**E essa ação do CAPS é só pra atualizar mesmo?**

Aham, isso.

**7. É feito um planejamento de ações para os usuários de álcool e drogas?**

Tem vários planejamentos aí...Agora o dos usuários, assim, pra reunir com eles nunca foi feito ainda aí não.

**Por que?**

Acho que não...eu não sei, até agora não...só esse modelo que já chegou pra nós, do pessoal do CAPS, que reúne...Assim, pra reunir só eles, já foi planejado aí uma vez, a gente vai na casa dos que é usuário, passa pra família “tem tal dia”, mas algum que aparece. Igual fumante, fumante você avisa 10, 15, 20, e aparece 2, a maioria não quer largar de fumar. Tem uns que fala “não, eu vou largar por conta própria”. E aí tem deles que tá cinco anos aí fumando.

**8. Qual você considera a melhor maneira do ACS atuar com usuários de álcool e drogas?**

Rapaz, não sei não. Tem que...eu acho que tem que fazer o projeto entre os agentes de saúde e a enfermeira pra poder montar um esquema pra trabalhar com eles. Montar um projeto assim pra poder trabalhar com eles, com esse pessoal.

**Você acha que vocês precisam de mais treinamento, capacitação?**

Isso. Tem que ter mais...supõe assim, mais médicos, enfermeiros treinados só pra isso.

**Você já recebeu algum tipo de capacitação sobre esse tema aqui no município?**

Rapaz, nós fizemos uma vez, não me lembro o ano.

**E como foi?**

Sobre o usuário de droga mesmo, só lembro se olhar no certificado lá. Que tem muitas capacitação, né. Já teve capacitação aí já, não lembro as datas, quantas...

**Você acha que deveria ter mais?**

Eu acho que sim, eu acho que cada tempo tem que ter uma capacitação que é pra ir...que aquelas que já passou já tem muito tempo, né, acho que todo ano tinha que ter capacitação.

**9. Quais os principais desafios que você encontra para atuar com usuários de álcool e drogas?**

É...até agora nunca tive dificuldade com nenhum deles.

**E na prática, na atuação, o que você acha que falta, o que você acha que seja difícil, que precisa melhorar?**

Não, acho que tem que melhorar em outras coisas assim pra gente atuar mais com eles.

**Melhorar como?**

Nas visitas, você ir...ter como abordar eles, né, porque muitas vezes a gente vê ele lá, mas muitas vezes você recua, né, como medo deles num gostar, ter um jeito assim de você procurar eles sem, sem...supõe assim, porque eles são usuário, você chegar e dizer que eles são usuário, muitas vezes eles num vão gostar, né

**Então tem muito essa questão do medo, que vocês sentem?**

É, tem muitas vezes a gente tem medo porque se anda nesses setores aí, né...inclusive na minha até que não tem não, mas na minha área tem colegas aí que tem a área mais perigosa, né.

**Já aconteceu de você sentir medo, receio para abordar alguma pessoa?**

Não, até agora não.

**Você tem algo a mais para falar sobre esse tema, ou algo a acrescentar?**

Não, só isso mesmo.



## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS -  
UFT



Continuação do Parecer: 6.085.556

Após transcrição, os dados serão tratados com base na Análise de Conteúdo de Bardin e a discussão dos dados ocorrerá com base no referencial psicanalítico lacaniano. Espera-se com a presente pesquisa que os dados obtidos possam subsidiar discussões sobre a prática e a capacitação profissional dos ACS, bem como, sobre as questões relativas à prevenção primária e o tratamento ao uso prejudicial destas substâncias.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Identificar e analisar as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Miracema do Tocantins (TO), acerca das estratégias de redução de danos e a lógica da abstinência, buscando compreender como tais concepções respaldam as práticas dos ACS voltadas aos usuários de álcool e outras drogas.

Objetivos específicos:

1. Contextualizar e caracterizar os ACS na Rede de Atenção à Saúde (RAS);
2. Caracterizar a estratégia da Redução de danos e seu papel no Movimento de Luta Antimanicomial;
3. Caracterizar a lógica da abstinência e o seu papel no Movimento de Contrarreforma;
4. Compreender as concepções dos ACS acerca das estratégias de redução de danos e a lógica da abstinência;
5. Analisar como as atuações dos ACS voltadas aos usuários de álcool e outras drogas têm sido influenciadas por suas concepções sobre a redução de danos e abstinência.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Benefícios:

Quanto aos benefícios, a presente pesquisa visa contribuir para as futuras pesquisas relacionadas às práticas dos Agentes Comunitários de Saúde, principalmente no que tange a atuação com usuários de álcool e outras drogas, bem como para possíveis ações de capacitação e formação destes profissionais. Ademais, a pesquisa poderá servir também como subsídio teórico e técnico para profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e estudantes da área da saúde que, por conseguinte, poderão utilizar os conhecimentos para embasar possíveis intervenções e estudos.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estima-se que os resultados do estudo permitirão aos pesquisadores identificar e analisar as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Miracema do Tocantins (TO),

<b>Endereço:</b> Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio da Reitoria, 2º Pavimento, Sala 16.			
<b>Bairro:</b> Plano Diretor Norte		<b>CEP:</b> 77.001-090	
<b>UF:</b> TO	<b>Município:</b> PALMAS		
<b>Telefone:</b> (63)3229-4023	<b>E-mail:</b> cep_uf@uft.edu.br		

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS -  
UFT



Continuação do Parecer: 6.085.556

acerca das estratégias de redução de danos e a lógica da abstinência, e compreender como tais concepções respaldam as práticas dos ACS voltadas aos usuários de álcool e outras drogas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

vide campo conclusões.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

1. Quanto as Informações Básicas do Projeto:

Recomenda-se colocar as informação sobre os riscos advindos da pesquisa como apresentado no TCLE e no Projeto, pois esse campo foi suprimido neste documento.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A pendência da informação não impede a aprovação do projeto, pois a mesma consta no TCLE e projeto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2132345.pdf	15/05/2023 16:57:33		Aceito
Outros	CARTEDEANUENCIA.pdf	15/05/2023 14:03:23	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSOECONFIDENCIALIDADE.pdf	15/05/2023 13:36:16	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/05/2023 13:35:20	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	15/05/2023 13:34:52	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	02/05/2023 16:57:43	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/04/2023 14:52:55	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE ALMEIDA	Aceito

**Endereço:** Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio da Reitoria, 2º Pavimento, Sala 16.

**Bairro:** Plano Diretor Norte

**CEP:** 77.001-090

**UF:** TO

**Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3229-4023

**E-mail:** cep\_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS -  
UFT



Continuação do Parecer: 6.085.556

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PALMAS, 28 de Maio de 2023

---

**Assinado por:**

**MARCELO GONZALEZ BRASIL FAGUNDES**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio da Reitoria, 2º Pavimento, Sala 16.

**Bairro:** Plano Diretor Norte

**CEP:** 77.001-090

**UF:** TO

**Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3229-4023

**E-mail:** cep\_uft@uft.edu.br