

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE  
MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Letícia Figueiró Fontoura

**O ENFERMEIRO E O CUIDADO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Santa Cruz do Sul  
2014

LETÍCIA FIGUEIRÓ FONTOURA

**O ENFERMEIRO E O CUIDADO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Edna Linhares Garcia

Santa Cruz do Sul

2014

**F684e**

**Fontoura, Leticia Figueiró**

O enfermeiro e o cuidado à dependência química na estratégia da Saúde da Família / Leticia Figueiró Fontoura. – 2014.

v.1 ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edna Linhares Garcia.

1. Enfermagem. 2. Programa de Saúde da Família. 3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 4. Atenção primária à saúde. I. Garcia, Edna Linhares. II. Título.

Bibliotecária responsável Edi Focking - CRB 10/1197

LETÍCIA FIGUEIRÓ FONTOURA

**O ENFERMEIRO E O CUIDADO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

**Comissão examinadora**

Dra. Edna Linhares Garcia  
Professora orientadora - UNISC

Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug  
Professora examinadora - UNISC

Dra. Eglê Rejane Kohlrausch  
Professora examinadora – UFRGS

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade da vida e por todo o caminho, pleno de aprendizado, que me permite trilhar. Agradeço aos meus pais, Carlos e Ilza, que me criaram e educaram, com amor e dedicação, dando condições para que, hoje, eu chegasse até aqui. Obrigada, por me encorajar no cumprimento de minhas tarefas e por confiar na minha capacidade. À minha irmã, Luana, pelo amor, apoio e cumplicidade. E à minha grande família, vó, tios e primos, pelo incentivo e por entenderem a minha ausência, por tantas vezes.

Agradeço aos meus amigos queridos, que tanto me ajudaram e que participaram desse processo, comigo, desde o começo: Ari Assunção, Lucia D'Ávila, Mara Eichelberger, Kely Geler, Marcelo Teixeira, Zamara Silveira, Maitê Lima, Flávia Gama, Melissa Camargo, Raquel Massoti, Graziela Hamann. Obrigada pela paciência, pela parceria e por me ajudar a manter a saúde mental!

Às novas amigas que fiz nesse Mestrado: Susana Marques, Liziane Hermes, Mônica Wietzke, Izadora Moreira e Candice Krumel, amei nossa parceria! Vocês são, simplesmente, ótimas! Especialmente à Izadora e à Candice, que souberam cuidar de mim, quando precisei. E às amigas de toda a vida, tão importantes, Joanna Ferraz, Luara Dias e Marília Osório que, mesmo longe, estão sempre presentes!

À Edna Linhares, por ser minha parceira e pelas tantas vezes que orientou bem mais do que o desenvolvimento desse estudo. À Hildegard Pohl, pelo exemplo de pessoa e de profissional que é. À Suzane Krug, por suas contribuições. À Eglê Kohlrausch, por todos os ensinamentos que, de alguma forma, têm relação com a minha paixão pela Saúde Mental e por me dar a satisfação de avaliar este trabalho.

Por fim, agradeço às enfermeiras participantes da pesquisa que, tão gentilmente, receberam-me em seus serviços e dividiram comigo um pouco das suas experiências, dando a dimensão humana deste trabalho.

*À minha família, Ilza, Carlos e Luana, a quem tanto amo e agradeço.*

*“Não sou aquele que sabe, mas aquele que busca.”*

*Hermann Hesse*

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Álcool e Drogas
APM	Agitação Psicomotora
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSIA	Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência
DQ	Dependência Química/Dependente Químico
ENF	Enfermeira
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SCS	Santa Cruz do Sul
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

DEDICATÓRIA

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APRESENTAÇÃO

### **CAPÍTULO I** **PROJETO DE PESQUISA**

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
3 MARCO TEÓRICO.....	17
4 MÉTODO.....	36
5 CRONOGRAMA.....	42
6 RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUTURA.....	43
7 ORÇAMENTO/ RECURSOS MATERIAIS.....	44
8 RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS.....	45
9 RISCOS/ DIFICULDADES/ LIMITAÇÕES.....	46
10 TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE.....	47
REFERÊNCIAS .....	48

### **CAPÍTULO II** **RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....**

54

### **CAPÍTULO III** **ARTIGO 1 .....**

64

### **CAPÍTULO IV** **ARTIGO 2 .....**

81

### **CAPÍTULO V** **NOTA À IMPRENSA.....**

98

### **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1** – Roteiro Semi-estruturado para Entrevista

**APÊNDICE 2** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**APÊNDICE 3** – Carta de Apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul

**APÊNDICE 4** – Parecer Consubstanciado do CEP UNISC

## **ANEXOS**

**ANEXO A** – Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990

**ANEXO B** – Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001

**ANEXO C** – Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

**ANEXO D** – Fragmento de Mapa de Associação de Ideias

**ANEXO E** – Normas para Publicação na Revista Brasileira de Enfermagem

**ANEXO F** – Normas para Publicação na Revista Eletrônica de Enfermagem

**ANEXO G** – Transcrição Entrevista ENF. A

**ANEXO H** – Transcrição Entrevista ENF. B

**ANEXO I** – Transcrição Entrevista ENF. C

**ANEXO J** – Transcrição Entrevista ENF. D

**ANEXO K** – Transcrição Entrevista ENF. E

**ANEXO L** – Transcrição Entrevista ENF. F

**ANEXO M** – Transcrição Entrevista ENF. G

**ANEXO N** – Transcrição Entrevista ENF. H

**ANEXO O** – Transcrição Entrevista ENF. I

**ANEXO P** – Transcrição Entrevista ENF. J

**ANEXO Q** – Transcrição Entrevista ENF. K

## **APRESENTAÇÃO**

Esta dissertação de mestrado, conforme o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, é composta por cinco partes: projeto de pesquisa, relatório do trabalho de campo, artigos 1 e 2, nota para divulgação da pesquisa à imprensa e anexos.

O trabalho, que consta dos artigos “Dependência química na Estratégia de Saúde da Família: sobre formação e concepções dos enfermeiros” e “O enfermeiro e a atenção à dependência química na Estratégia Saúde da Família: um desafio”, foi submetido à pré-defesa no mês de dezembro de 2013, mediante banca interna do referido Programa.

## **CAPITULO I**

### **PROJETO DE PESQUISA**

Letícia Figueiró Fontoura

**O ENFERMEIRO E O CUIDADO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA ESTRATÉGIA  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Projeto de pesquisa para a realização da dissertação do programa de Pós-Graduação Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, apresentado à disciplina Metodologia da Pesquisa na Área da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Edna Linhares Garcia

Santa Cruz do Sul, Setembro de 2012.

## 1 INTRODUÇÃO

O uso de drogas no Brasil, atualmente, chama a atenção das autoridades, visto a grande proporção que este problema alcançou (BRASIL, 2005; ROSENSTOCK; NEVES, 2010; ANDRADE, 2011). O tema envolve uma série de julgamentos sociais e rótulos que recaem sobre o usuário e sua família. Além disso, trata-se de uma questão séria e ampla, por envolver sujeitos de várias faixas etárias, desde as classes mais miseráveis àquelas mais abastadas, alheia a status ou sobrenome, tampouco ao tipo de substância utilizada, comprometendo estruturas em todos os âmbitos da vida do indivíduo dependente químico e daqueles que o cercam (NASCIMENTO, 2006; GARCIA, 2007; ROSENSTOCK; NEVES, 2010, GERAGHTY, 2011).

Na última década e, especialmente, após o advento do crack (substância barata, derivada de cocaína), nossa sociedade teve de encarar, à revelia, que a questão da droga, tratada, até então, de maneira repressiva pelas autoridades, constituíra-se numa assustadora realidade: referimo-nos aos redutos de viciados, conhecidos popularmente por “crackolândias”, existentes, atualmente, em boa parte das grandes cidades do País (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004; GARCIA, 2007; ANDRADE, 2011; VENTURA et al., 2009). Especialistas perceberam um crescimento no consumo de cocaína no Brasil, em 2010, inclusive, com o triplo de apreensões federais dessa substância, quando comparamos dados de 2004 até 2010, ano no qual chegou a 27 toneladas (UNODC, 2012). Entretanto, não esqueçamos que o crack, apesar de amplamente disseminado, não se trata da única substância psicoativa digna de preocupação. Outras drogas lícitas e ilícitas seguem, a cada dia, atraindo mais usuários: cigarro, bebidas alcoólicas, maconha, opióides, medicações sedativas, anfetaminas, anestésicos, inalantes, alucinógenos, cocaína, oxi, entre outras, fazem parte desse elenco (ANDRADE, 2011). Bermúdez-Herrera et al. (2011) referem o consumo de drogas como o principal problema de saúde pública que acomete, atualmente, os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Paralelamente, McCormick et al. (2006) e Moriarty et al. (2012) apontam o mesmo problema como uma importante causa prevenível de morbidade e mortalidade.

Ampliando um pouco mais tal problemática, deparamo-nos com a questão da violência e da criminalidade, fomentadas pelo tráfico de drogas que, sabidamente, movimentam receitas bilionárias em todo o mundo, à custa de imensos danos sociais (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004; ANDRADE, 2011; VENTURA et al., 2009). Dados da United Nations Office on Drugs and Crime apontam que juntos, Brasil, Argentina e Chile somam dois terços dos usuários de

cocaína da América do Sul, Central e Caribe. Então, pensemos sobre o impacto que a questão da drogadição impele sobre os sistemas de saúde, de leis e de polícia, de educação e de políticas sociais, além dos custos gerados nos âmbitos familiar, econômico e social, tornando extremamente complexa a sua resolução (UNODC, 2011; VENTURA et al., 2009; BERMÚDEZ-HERRERA et al., 2011).

No Brasil, observa-se uma lacuna na saúde pública que, por muito tempo, ignorou transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, passando a responsabilidade de tão grave questão para instituições ligadas à justiça, segurança pública, benemerência, educação e associações religiosas. Entretanto, a degradação física, mental, moral e social a que estão expostos os sujeitos que estabelecem uma relação de dependência a drogas, faz-nos lembrar da importância de estratégias de atenção, de promoção da saúde e de reabilitação voltadas especificamente a esta população (BRASIL, 2005; GARCIA, 2007; ROSENSTOCK; NEVES, 2010; ANDRADE, 2011).

A Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), dois anos após, seriam os marcos de uma nova forma de fazer saúde, inclusive saúde mental, uma vez que a proposta da reforma psiquiátrica, marcada especialmente pela Declaração de Caracas (1990), vinha em consonância com os princípios de universalidade, integralidade e equidade preconizados por este novo modelo (VASCONCELOS; PASCHE, 2006; GARCIA, 2007; SEVERO; DIEMENSTEIN, 2011). Neste contexto, temos a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), inserida numa lógica de acolhimento, de clínica ampliada, de trabalho em equipe, do atendimento à pessoa no seu território, utilizando-se de recursos da própria comunidade como forma de estímulo à autonomia desse sujeito e de corresponsabilização sobre a gerência dos determinantes de sua saúde, além da proposta de articulação da ESF com a rede de serviços em vários níveis de complexidade disponíveis no SUS (CAMPOS; CAMPOS, 2009; CAMPOS; GAMA, 2008; CARVALHO; CUNHA, 2009; CONSOLI; HIRDES; COSTA, 2009).

A Estratégia de Saúde da Família trata-se de um dispositivo especialmente elaborado para o atendimento das questões de saúde na sua área de atuação, baseada na realidade local, com vistas a entender a pessoa como um ser inserido naquele contexto social e com necessidades que vão além daquelas puramente biológicas, cuja equipe busca compreender o indivíduo enquanto ser biopsicossocial, além de estimular o exercício de sua cidadania (LANCETTI; AMARANTE, 2009; COIMBRA et al., 2011; ROSENSTOCK; NEVES, 2010; CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; CONSOLI; HIRDES; COSTA, 2009).

Especialmente aos usuários de drogas, a prestação de um cuidado de qualidade neste primeiro nível de atenção, faz reforçar o vínculo do usuário com o serviço, aumentando, então, as possibilidades de êxito do projeto terapêutico (GARCIA, 2007; CARVALHO; CUNHA, 2009; ROSENSTOCK; NEVES, 2010, CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

O enfermeiro, segundo Rosenstock e Neves (2010), devido ao intenso contato com a população usuária do serviço, apresenta alto potencial para o reconhecimento de problemas relacionados ao uso dessas substâncias. Este profissional tem papel fundamental na elaboração do plano assistencial, uma vez que seu objeto de trabalho é o cuidado humano numa perspectiva integral (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004; CAMPOS; GAMA, 2008; CARVALHO; CUNHA, 2009; ROSENSTOCK; NEVES, 2010). Uma ESF atuante, com esforços voltados à educação e à promoção da saúde, e, especialmente, o profissional enfermeiro, comprometido com a prestação de um cuidado diferenciado, constituem-se ferramentas importantes no enfrentamento desse problema de saúde pública que se tornou o uso de drogas (CAMPOS, 2001; BRASIL, 2005; GARCIA, 2007; ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

Então, frente ao panorama apresentado, imaginemos o indivíduo dependente químico inserido na realidade de atendimento da atenção primária do SUS, com suas queixas físicas e as outras complexas situações que, sabidamente, envolvem os usuários de drogas. Nesse contexto, surge a seguinte questão: como o dependente de drogas está sendo assistido nas Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Cruz do Sul e, especialmente, quanto à abordagem do profissional enfermeiro, como é a sua atuação frente a esses pacientes?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Investigar sobre o cuidado ao dependente químico nas Estratégias de Saúde da Família no município de Santa Cruz do Sul e como atuam os enfermeiros em relação a estes pacientes.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar as concepções que sustentam os discursos e as práticas dos enfermeiros das ESFs no contexto da relação de cuidado com pacientes dependentes químicos;
- Investigar se o cuidado prestado ao dependente químico pela ESF está de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica;
- Compreender como está articulada a rede de atendimento em dependência química, entre a ESF e os demais níveis de atenção;
- Identificar, do ponto de vista dos enfermeiros, se a sua formação acadêmica voltada à dependência química os capacita tecnicamente.

### 3 MARCO TEÓRICO

A seguir, para um melhor entendimento, serão apresentadas algumas abordagens do tema em questão, sob o ponto de vista dos autores consultados.

#### 3.1 Dependência Química

##### 3.1.1 Sentidos da Droga na Contemporaneidade

Drogas de abuso são inerentemente gratificantes, o que as faz amplamente consumidas pelos seres humanos. Contudo, apenas uma parte dos usuários terá um comportamento compulsivo frente ao uso (VOLKOW et al., 2011). A síndrome de dependência, segundo a OMS (2003), na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10, é definida como uma série de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se estabelecem após o repetido uso de uma substância psicoativa. Tais fenômenos estão associados à dificuldade em controlar o consumo e ao forte desejo de utilizar a droga, bem como ao uso de maneira persistente, mesmo que isso implique em prejuízos para o indivíduo (MARSDEN et al., 2009). Observa-se, além disso, a importância conferida ao consumo da droga, em detrimento de outras atividades e obrigações, assim como um aumento da tolerância aos seus efeitos e por vezes um estado de dependência física. A dependência pode se referir a uma substância psicoativa específica, a uma categoria delas, ou mesmo a um grande conjunto de substâncias diversas do ponto de vista farmacológico (OMS, 2003).

Atualmente, considera-se que vários fatores estão implicados nesse processo de dependência ao uso de substâncias psicoativas. Genética (50%), ambiente (acesso a medicamentos, *stress*), comportamento, neurobiologia, desenvolvimento (maior risco na adolescência), maturação do sistema nervoso central (SNC) e questões de gênero, atuando entre si com intensidades diferentes, poderiam influenciar mais ou menos no estabelecimento desse quadro, determinando o porquê apenas uma pequena porcentagem dos expostos ao uso se tornam dependentes, enquanto em outros, isso não acontece (FORMIGONI; KESSLER; PECHANSKY, 2009; VOLKOW et al., 2011). Bermúdez-Herrera et al. (2011) colocam, ainda, a importância da relação entre pais e filhos, especialmente no que se refere ao início do consumo de drogas entre os jovens.

A dependência não é caracterizada como um único incidente e, sim, por uma série de eventos iniciados pelos efeitos prazerosos agudos das drogas, seguidos de uma transição para

seu uso crônico (CLECK; BLENDY, 2008). Fatores neurobiológicos têm se mostrado especialmente importantes em relação aos sintomas de dependência, tanto no seu início quanto para a sua manutenção. Sugere-se que alterações no SNC decorrentes do uso de drogas, sejam responsáveis pela dependência, uma vez que produziriam mudanças mal adaptativas, levando a um novo uso da substância psicoativa (FORMIGONI; KESSLER; PECHANSKY, 2009).

As drogas de abuso agem, cada uma com seu mecanismo específico, direta ou indiretamente na via de circuitos neuronais nas áreas corticais e nas vias mesolímbicas. O sistema que envolve esses circuitos cerebrais é chamado de sistema de recompensa cerebral. (FORMIGONI; KESSLER; PECHANSKY, 2009; VOLKOW et al., 2011). Este é o local onde todas as substâncias psicoativas exercem seus principais efeitos (CLECK; BLENDY, 2008).

Partes da área tegmentar ventral comunicam-se, através de neurônios dopaminérgicos (liberadores de dopamina), ao *nucleus accumbens* e são responsáveis por intermediar emoções gratificantes ou prazerosas. Seja por meio de elementos físicos ou psicológicos, sempre que sentimos prazer esta área é estimulada (FORMIGONI; KESSLER; PECHANSKY, 2009). Estimulantes psicomotores, como a cocaína, as anfetaminas, opiáceos, nicotina, álcool, bem como recompensas naturais, tal o sexo e a comida, causam liberação de dopamina no *nucleus accumbens* independentemente do seu mecanismo de ação (CLECK; BLENDY, 2008). Essa região se relaciona com a experiência subjetiva de reforço e gratificação, bem como à antecipação do prazer (LARANJEIRA, 2010; MUÑOZ et al., 2011) e tem papel significativo ao regular a relevância que será atribuída às emoções, à motivação e à cognição (BATISTA et al., 2010).

As substâncias psicoativas aumentam a liberação de dopamina na via mesolímbica, gerando esta sensação de gozo (FORMIGONI; KESSLER; PECHANSKY, 2009). O comportamento de busca pelo consumo da droga está relacionado à memória neuronal de satisfação que marcou esse sistema na ocasião do uso. Alterações na quantidade de dopamina ou na sensibilidade dos receptores desse neurotransmissor podem provocar falta de controle de impulsos, o que implica na busca de uma experiência satisfatória sempre de maior intensidade. Indivíduos que apresentam lesões funcionais nesse circuito de recompensa podem ter dificuldades em controlar seus impulsos, sendo esse um aspecto importante no processo de dependência. Além disso, elementos psicológicos, genéticos e ambientais parecem estar relacionados a essa questão (BATISTA et al., 2010).

Há que se fazer distinção entre o uso e o abuso de substâncias e a dependência química. É factível que se faça uso de certa substância sem, no entanto, haver abuso, o que denota que o vínculo do indivíduo com a droga é frágil, permitindo a ele ainda a manutenção de outras atividades e relações. Quando o uso viola as normas sociais vigentes, com relação a substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, falamos em abuso. A dependência, por sua vez, refere-se a um padrão mal adaptado ao uso de substâncias psicoativas, podendo acarretar complicações clínicas. Nesse estágio há dificuldades de interromper o uso, aliado à existência de tolerância aos efeitos da droga, comportamento compulsivo ao consumo (*craving*) e sintomas de abstinência (BATISTA et al., 2010). Embora muitos fatores possam contribuir para o uso de drogas, a exposição ao estresse psicológico ou fisiológico em qualquer ponto do ciclo de dependência, parece agravar a doença, aumentando todos os comportamentos de procura de droga, incluindo o início do consumo, o *craving* e recaída (CLECK; BLENDY, 2008).

A abstinência refere-se ao conjunto de sintomas que ocorre quando há a privação absoluta ou relativa do uso de determinada substância psicoativa que vinha sendo consumida de forma contínua. O início e a evolução da síndrome de abstinência tem relação com a categoria e dose de consumo da substância imediatamente antes da cessação ou diminuição do uso, bem como um período limitado de tempo (OMS, 2003).

A importância do *craving* (ou fissura) deve-se a sua estreita ligação com a recaída. Esse fenômeno é definido como o desejo urgente e incontrolável do uso de uma dada substância em busca de repetir a experiência dos seus efeitos (ARAÚJO et al., 2008). É descrito como um anseio que invade os pensamentos dos usuários, provocando alterações de humor, de pensamento, de comportamento e causando sensações físicas. Pode ocorrer na fase de consumo, no início da abstinência, ou após longo tempo sem o uso da droga (ARAÚJO et al., 2008; FORMIGONI; KESSLER; PECHANSKY, 2009). Muñoz et al. (2011) refere que a síndrome de abstinência tem uma duração limitada, quanto ao *craving*, pode aparecer logo após a esta e manter-se por longo tempo, estando associado a estímulos relacionados à substância ou a estados emocionais.

A natureza cíclica do uso crônico de drogas, envolvendo períodos de abstinência e de subsequente recaída, destaca a presença desta doença durante a vida do indivíduo, caracterizando uma desordem persistente e debilitante (CLECK; BLENDY, 2008; MARSDEN et al., 2009).

Rêgo (2009) coloca que o grande desafio em relação às drogas é não apenas tentar cessar o uso de uma substância psicoativa que, entendemos como causadora de prejuízos, mas

fazer com que ela não sirva como alternativa de fuga, em momento algum. Afinal, consumir drogas responde a quê? Em alguns casos, o indivíduo está fundido com a substância, então, cabe ao profissional que o acolhe tentar “separá-lo” (da droga), de um modo no qual seja possível visualizar uma demanda de tratamento e abordar o que realmente o aflige. Esta não é tarefa fácil, uma vez que o paciente pode perceber a resposta da pergunta como algo insuportável, já que questiona sua conduta requerendo uma razão para o primeiro consumo. “*A droga, a princípio, se apresenta como resposta sem pergunta*” (RÊGO, 2009, p. 208). Trata-se da tentativa de desconstruir uma história de consequências para encontrar (se houver) um passado e, com ele, as razões do atual desfecho.

Bermúdez-Herrera et al. (2011), tratando sobre os jovens usuários e os dependentes de drogas, refere que estes são resultado de uma crise de valores que extrapola o campo da individualidade. Em uma sociedade em que a dependência de drogas lícitas e ilícitas é um problema evidente, trata-se não só de uma questão local, mas de algo com importância mundial.

Considera-se, para fins de atendimento, que os profissionais exercitem um olhar de cindir o dependente químico da substância de abuso para que, visto como pessoa, seja chamado à responsabilidade sobre sua vida e o que dela vem fazendo. Tratar das consequências e danos causados pelo uso da droga, faz-nos visualizar somente o fim. No entanto, partir do efeito em busca da causa, ao questionarmos e tentarmos fazer conjuntamente ao paciente, trabalha a busca de novos sentidos (RÊGO, 2009).

### **3.2 Reforma Psiquiátrica e a Saúde Mental na Rede Básica**

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, na década de 1970, deu início à reforma psiquiátrica no Brasil. O processo que almejava a transformação da política de saúde mental teve a contribuição de vários fatores econômicos e sociais para o seu desencadear. Buscava-se organizar um modelo no qual fosse ofertado ao portador de sofrimento mental uma assistência mais efetiva e humanizada, não necessariamente vinculada ao ambiente manicomial e, sim, com alternativas extra-hospitalares. Incluía-se nessa nova organização outros membros na equipe de saúde, o que sugeria a mudança das decisões centradas exclusivamente no saber médico (MACHADO; MOCINHO, 2003).

Na década de 1980 foi criado o cenário de transformações no campo das políticas de saúde. Hirdes (2009) refere a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a 1ª e a 2ª Conferências de Saúde Mental (1987 e 1992, respectivamente) como marcantes nas

discussões para a superação do modelo manicomial no País. Para Prebianchi e Falleiros (2011), a Reforma Sanitária marca o momento em que a saúde mental passa a fazer parte do cuidado primário em saúde.

Em 1990, com a criação do SUS, através da Lei Federal nº 8.080 (Anexo A), ocorre a mudança do modelo com foco curativo para um modelo com vistas à atenção integral, numa perspectiva de saúde como resultado de múltiplos determinantes biopsicossociais (HIRDES, 2009). Nesta lei, estão explícitos os princípios que visavam orientar as ações e os serviços de saúde públicos e privados, convergindo com a ideia de transformação das práticas de saúde (BRASIL, 1990; MATTOS, 2009). Dentre eles, destacam-se: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VIII - participação da comunidade; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990).

Ainda no ano de 1990, foi promulgada a “Declaração de Caracas”, documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, possibilitando mudanças para o setor de saúde mental ao nível do Ministério da Saúde. Nesse documento, o Brasil e outros países da América Latina firmavam o compromisso de reestruturar a assistência psiquiátrica, revendo o papel do hospital psiquiátrico, atentando para os direitos humanos e civis dos usuários, preservando sua dignidade pessoal e privilegiando a permanência em seu meio comunitário (HIRDES, 2009).

Em 1994, o Ministério da Saúde apresentou o Programa de Saúde da Família como nova proposta de atenção primária em saúde no Brasil. Nesta estratégia, o núcleo básico de abordagem é a família em seu espaço social, onde o serviço preconiza o trabalho em equipe com vistas ao cuidado à saúde da população em área específica de atuação, funcionando também, como elo de articulação com os demais níveis de complexidade da rede do SUS. A partir dessa configuração, criou-se um cenário privilegiado para a nova proposta de fazeres em saúde mental, uma vez que os usuários são tratados como cidadãos, no seu próprio território, com a sua história particular já conhecida pela equipe de saúde da família que lhes presta atendimento continuamente, que lhes acolhe e que pode desenvolver atividades de acordo com as necessidades avaliadas, de forma a melhorar o cuidado oferecido (HIRDES,

2009; PINHO; BANON HERNÁNDES; KANTORSKI, 2010; MACHADO; MOCINHO, 2003; PREBIANCHI; FALLEIROS, 2011; RIBEIRO et al., 2010).

No ano de 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, foi sancionada a Lei Federal nº 10.216 (Anexo B), que trata da reforma psiquiátrica em âmbito nacional. Esta Lei, conhecida popularmente como Lei Paulo Delgado, trata sobre os direitos dos pacientes, bem como limita e regula as internações psiquiátricas. Ainda neste mesmo ano, acontece a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (HIRDES, 2009; MACHADO; MOCINHO, 2003). Em 2005, os princípios da Declaração de Caracas são reafirmados num documento intitulado “Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas”, a Carta de Brasília, que teve por objetivo a avaliação dos resultados obtidos desde 1990 (HIRDES, 2009).

Então, a criação de uma gama de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos passou a ser privilegiada. A reforma psiquiátrica propunha o desenvolvimento de novos dispositivos de tratamento, preferencialmente inseridos na comunidade onde vive o sujeito: redes de atenção à saúde mental, oficinas terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residenciais terapêuticos e a própria ESF, cujo princípio de atendimento à população adscrita visa fortalecer o vínculo desse serviço com a comunidade (HIRDES, 2009; PINHO; BANON HERNÁNDES; KANTORSKI, 2010; MACHADO; MOCINHO, 2003).

Para Lancetti e Amarante (2009), compete a todos os profissionais fazer saúde mental, atualmente. As unidades de saúde inseridas no bairro dos usuários, próximo das famílias e o próprio espaço comunitário são locais singulares para enfrentamento de importantes problemas de saúde pública como aqueles relacionados ao uso abusivo de álcool e drogas e outras espécies de sofrimento psíquico, de forma que já não se considera que os centros de internação de psiquiátrica sejam eficazes na recuperação dessas pessoas (LANCETTI; AMARANTE, 2009; BRASIL, 2005). Nesse mesmo enfoque, Machado e Mocinho (2003) trazem que as questões mais relevantes para a promoção e tratamento em saúde mental estão no trabalho com indivíduo inserido no contexto familiar, sendo inútil qualquer planejamento realizado externamente a este. A implantação da reforma psiquiátrica e a consequente mudança no modelo assistencial, de forma que o paciente psiquiátrico retorne ao meio familiar e social, fez com que a família se tornasse a base do processo de assistência (PREBIANCHI; FALLEIROS, 2011).

A saúde mental deve estar inserida na ESF. Devido à proximidade do serviço de saúde com os usuários e à assistência continuada, esses deixam de ser meros números de prontuários

e passam a ser nominados, a representar uma biografia particular. Profissionais e usuários se conhecem e compartilham de um ambiente em comum, o que proporciona as duas partes a vivência de diversos sentimentos pertinentes as suas formas de se relacionar. Com o tratamento vinculado sempre aos mesmos profissionais, existe a possibilidade do paciente dar novos significados aos seus sintomas e dificuldades. O médico de família e, por vezes, o agente comunitário, podem ter um potencial de vínculo maior do que o do especialista em saúde mental, por exemplo. O acolhimento, que tem por princípio a escuta do usuário, está embasado em uma das práticas fundamentais em saúde mental. Além disso, a ESF pode desenvolver uma série de atividades coletivas voltadas à promoção da saúde, bem como à participação e protagonismo político da comunidade (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

As unidades de saúde da família têm maiores condições de inserção na comunidade do que os CAPS, segundo Lancetti e Amarante (2009). Entretanto, os últimos devem trabalhar em parceria com as equipes de saúde da família, contribuindo para a sua capacitação.

Os CAPS significaram, no cenário da reforma psiquiátrica brasileira, a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. A função desse serviço é a prestação de atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando, dessa forma, as internações psiquiátricas. Atuar no suporte à atenção em saúde mental na rede básica e regular a entrada na rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação também é atribuição dos CAPS. É sua função acolher e atender indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, sem que os laços sociais dessas pessoas com o seu território sejam enfraquecidos ou mesmo rompidos (BRASIL, 2005).

Os CAPS se organizaram no País de acordo com o perfil populacional dos municípios, dessa maneira, diferenciam-se pelo porte, tipo de clientela e capacidade de atendimento. Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Podem responder às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. No que tange aos CAPS II são serviços de médio porte, preparados para atender adultos com transtornos mentais severos e persistentes, em municípios com mais de 50.000 habitantes. Os CAPS III são previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e feriados, tem, no máximo, cinco leitos e realizam, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas que não ultrapassem sete dias). A modalidade especializada no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais são os CAPSi. Para o atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, há os CAPSad,

previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem desse serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental (BRASIL, 2005; ANDRADE, 2011).

Ainda no debate sobre como aproximar saúde mental e atenção básica no espaço estratégico das unidades de saúde da família, em 2003, houve a edição de uma Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação da Gestão da Atenção Básica, nº 01/03, chamada “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”. Este documento propunha o apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica, a formação como estratégia prioritária e a inclusão da saúde mental no Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), o que, até então, não existia. Vê-se aí, uma tentativa de responsabilização compartilhada dos casos de saúde mental, o que seria uma forma de combate à lógica do encaminhamento, apostando-se no acolhimento e no estabelecimento de vínculo (CAMPOS; GAMA, 2008).

Em 2008, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esses Núcleos se formaram com o intuito de apoiar os profissionais das ESF no atendimento às demandas territoriais, de maneira a rever práticas de encaminhamento, com o objetivo de realizar um melhor acompanhamento de casos específicos. A equipe do NASF contempla profissionais que não fazem parte da equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família sendo responsável pelo apoio matricial de certo número de ESF para as quais também deve articular com serviços de referência como CAPS, Centros de Reabilitação, profissionais especializados, etc. Nesta proposta, a equipe matricial e a equipe de saúde local, responsável pelas famílias do território, compartilham casos de forma a existir corresponsabilização, por meio de discussões, intervenções ou mesmo atendimentos conjuntos (CAMPOS; GAMA, 2008; ANDRADE, 2011). Para Arce, Souza e Lima (2011), com os NASF ficou evidente a intenção política de se estabelecer a saúde mental como responsabilidade que deve ser compartilhada com as equipes de saúde da família, já que se vislumbra a possibilidade de haver profissionais de saúde mental na equipe de apoio matricial.

Para Severo e Dimenstein (2011), a ideia de que a atenção básica é responsável por intervenções mais simples é equivocada, quando se trata de saúde mental. A ocorrência de respostas mais elaboradas aos problemas de saúde mental, onde família, vizinhança e atores sociais trabalhassem integrados ao território é o que deveria acontecer nesse nível de assistência. É a partir dessa necessidade que advém a importância da efetiva articulação entre a atenção básica e a rede de saúde mental.

### 3.3 Políticas de Drogas no Brasil

Ao longo do tempo, o grave problema de transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas vinha sendo relegado pela Saúde Pública brasileira a outros setores e instituições, mantendo-se o Estado relativamente ausente das abordagens de prevenção e tratamento. Propagaram-se pelo País, alternativas de atenção nas quais prevaleciam práticas médicas ou psiquiátricas, ou, ainda, de cunho religioso na busca da abstinência como produto final. Esta omissão histórica indicou a necessidade de políticas públicas que tratassem de tal questão (BRASIL, 2005).

Não é de costume considerar as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas quando se tenta perceber globalmente o problema do uso de substâncias psicoativas. Há, por consequência dessa percepção distorcida da realidade, uma tendência à associação do uso de drogas com a criminalidade, fazendo com que estratégias de combate à substância em si ocupem, por vezes, um posto mais importante do que o indivíduo usuário e o seu meio (BRASIL, 2005; ANDRADE, 2011).

Em 2002, considerou-se o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema de saúde pública, visto que os mais variados segmentos sociais são afetados pela nociva relação entre o consumo e os agravos dele derivado (BRASIL, 2005). Essa percepção também é compartilhada por Ventura et al. (2009), em sua referência de que o uso de drogas ilícitas provoca danos sociais e econômicos, além de interferir no desenvolvimento dos países.

De acordo com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2003, o Ministério da Saúde colocou em prática o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas construindo uma política pública situada no campo da saúde mental, voltada a esta população específica. A ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão geral do problema, a promoção dos direitos dos usuários e a estratégia de redução de danos se constituíram em algumas das iniciativas para abordagem dessa questão (BRASIL, 2005). Posteriormente, em 2005, foi lançada a Política Nacional sobre Drogas que trouxe orientações gerais e diretrizes sobre as questões de: prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais e à saúde; redução da oferta; estudos, pesquisas e avaliações (BRASIL, 2008). Entretanto, para Laranjeira (2010), essa Política, que refere em seu primeiro pressuposto a proteção da sociedade frente ao uso de drogas ilícitas e uso indevido de drogas lícitas, ignorou o álcool e o cigarro, abarcando mais ações relativas às drogas ilícitas.

Nos últimos duzentos anos, tenta-se controlar a produção, a distribuição e o uso de substâncias psicoativas. Entretanto, há mais de dez mil anos, a humanidade as vem ingerindo (LARANJEIRA, 2010). Para Ventura et al. (2009), o uso de substância entorpecente representa um comportamento ilícito e é relevante quando se analisa sob a ótica dos sistemas nacionais de justiça criminal. Tratados, leis e políticas em níveis nacional e internacional interferem na conduta das pessoas, uma vez que instituem punições para atitudes consideradas inadequadas perante a lei. Sobre este tema, Forte (2007) menciona que, uma vez banida da legalidade, a gravidade da droga não reside mais na toxicologia ou no seu potencial destruidor da razão, mas, sim, na sua ilicitude, o que, para ele, é o que a faz agente do mal.

No Brasil, as Ordenações Filipinas (conjunto de leis portuguesas cujas disposições orientaram o arranjo jurídico brasileiro até 1916) já estabeleciam penalidades para quem guardasse consigo substâncias como o ópio. Essa legislação foi sendo aprimorada e substituída, ao longo do tempo, até a promulgação do Código Penal de 1940. No decorrer desse período, houve predomínio do discurso sanitário e jurídico, no qual o uso prejudicial de substâncias representava risco para a sociedade, além do prejuízo ao usuário. A visão era a de que uma lei severa, de caráter opressor, controlaria a sociedade, mantendo-a num estado de harmonia, transmitindo a ideia de que a punição legal daria conta do problema do relacionado ao uso de drogas. Seguindo essa perspectiva, tivemos a Legislação Antitóxicos, a Lei de Crimes Hediondos e a Lei do Crime Organizado, até que a Lei 6.368/76 estabeleceu relação entre o dependente químico e o criminoso (VENTURA et al., 2009). Essa lei dispunha sobre as medidas de prevenção e repressão ao tráfico, bem como ao uso indevido de substâncias psicoativas que provocassem dependência física ou psíquica (GARCIA, 2007). Nesse momento, a droga era protagonista, não havendo interesse real sobre as razões para o seu consumo (VENTURA et al., 2009). O enfoque repressivo das ações governamentais fazia com que fossem enviados para a prisão tanto traficantes como usuários, mantendo clara a intenção de reduzir a oferta e de inibir o uso indevido de substâncias (GARCIA, 2007).

O modelo que até então vinha sendo adotado, não logrou êxito por não conseguir conter o uso e o abuso de drogas. Então, no ano de 2002 foi promulgada a Lei 10.409 que buscava diferenciar o tratamento oferecido ao usuário vítima, o que vinha em consonância com o que estabeleciam as convenções internacionais, que apontavam para uma tendência à descriminalização. Aos usuários eram conferidas medidas preventivas e àqueles que portassem substância psicoativa para uso próprio era oferecido tratamento mais benigno (VENTURA et al., 2009).

Para Moretti-Pires, Carrieri e Carrieri (2008), as mudanças na política nacional de combate ao uso de drogas, nas últimas duas décadas, expressa evolução positiva do ponto de vista político. Mesmo que motivadas por pressão da comunidade internacional, as alterações nas leis expressam uma mudança político-ideológica que realinha a atuação estatal brasileira às políticas dos demais países estrangeiros.

Em 2006, a Lei 11.343 substituiu as leis nº6.368/76 e nº10.409/02, sobre drogas, até então vigentes no país, além de instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD. A nova lei destaca o Brasil no cenário internacional nos aspectos relativos à prevenção, atenção, reinserção social do usuário e dependente de drogas, assim como na maior rigidez das penas pelo tráfico dessas substâncias. Ela eliminou a pena de reclusão para o usuário/dependente, estabelecendo diferença entre eles com o objetivo de averiguar a providência mais adequada para cada caso, sejam medidas educativas, advertência ou prestação de serviços à comunidade (VENTURA et al., 2009; BRASIL, 2008). A nova lei não descriminaliza qualquer tipo de droga. O porte de substâncias ilegais continua caracterizado como crime, no entanto, usuários e dependentes não estarão mais sujeitos à pena privativa de liberdade e, sim, a medidas sócio-educativas (BRASIL, 2008).

Em 2007, por meio do Decreto Presidencial nº 6.117/07, o Governo Federal, apresentou a Política Nacional sobre o Álcool, abordando o alcoolismo como problema de saúde pública na sociedade brasileira. O referido decreto dispõe sobre mecanismos para reduzir o uso abusivo e indevido do álcool, trazendo um conjunto de medidas para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial dessa substância. Sobre a associação de bebidas alcoólicas e trânsito, destaca-se a Lei nº 11.705/2008, que restringe a comercialização de bebidas alcoólicas em rodovias federais e impõe penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool (BRASIL, 2008; MORETTI-PIRES; CARRIERI; CARRIERI, 2008).

Ao que parece, o aspecto humano da problemática do uso de drogas vem sendo abordado mais diretamente, havendo um esforço para enfrentar antigos dogmas políticos e científicos baseados em políticas de segurança pública repressivas, que não vinham sendo eficazes no tratamento dessa questão. O governo e a sociedade brasileira passaram a se preocupar em promover ações de caráter abrangente na prevenção e tratamento dos dependentes de drogas, tratando o problema como uma questão de saúde pública, ao invés da repressão como única forma de combate (MORETTI-PIRES; CARRIERI; CARRIERI, 2008).

E como é a política de combate às drogas em outros países?

Historicamente, após os europeus levarem o tabaco da América Latina, no século XVII, vários países tentaram proibir o seu uso, mas em seguida desistiram. Nos Estados Unidos, entre os anos de 1920 e 1933, o álcool foi proibido, mas em seguida também a lei foi revogada (LARANJEIRA, 2010).

Na Holanda, a política de redução de danos postula a distinção entre drogas que oferecem riscos inaceitáveis à saúde (pesadas) e aquelas cujos riscos são aceitáveis (leves). Ambas as categorias representam drogas ilícitas, entretanto, à primeira é dada prioridade de combate e investigação criminal em detrimento da segunda (ABRAHAM, 1999). O objetivo dessa política é evitar que consumidores de drogas leves sejam marginalizados ou expostos a drogas mais perigosas. O uso de drogas é desencorajado através de atividades educativas e informativas, nas escolas e de campanhas que alertam sobre os riscos de dependência causados por substâncias psicoativas, inclusive nicotina e álcool (KINGDOM OF THE NETHERLANDS, 2012). Duas fases marcaram a forma de tratamento da questão das drogas nesse país. Na década de setenta, houve uma decisão de tolerar a posse de pequenas quantidades de maconha, com o argumento de priorizar a repressão às drogas mais pesadas. Durante esse período, não ocorreu aumento significativo do consumo dessa substância. No entanto, de 1980 a 1988, numa segunda fase, houve tolerância em relação à venda de maconha (no máximo, 5g.) nos *coffee shops*, o que provocou um aumento de mais de dez vezes no número desses estabelecimentos e o conseqüente aumento no consumo da droga. Se, em 1984, 15% dos jovens holandeses consumiam maconha, em 1992 eles já eram 30%, nível mantido atualmente (LARANJEIRA, 2010; KINGDOM OF THE NETHERLANDS, 2012).

Na Suécia, o sistema de controle de drogas é bastante restritivo e o uso de drogas não é tolerado, o que aumenta o debate em seu entorno, por diferir do que ocorre no restante da Europa. Em 1977 foi declarado que um dos objetivos do sistema seria criar uma sociedade livre de drogas. Para concretizar esse objetivo, houve considerável investimento financeiro na prevenção e informação, na política de controle e no tratamento, que constituem as bases do sistema. Quando comparado com os demais países europeus, indicadores mostram um número relativamente bem menor de dependentes químicos nesse país. Na Suécia, onde, desde o século XIX, há uma política repressiva sobre o uso de álcool, o uso de drogas é criminalizado, com pena de multa e prisão; e o dependente é tratado na busca da reabilitação (LARANJEIRA, 2010).

No Reino Unido, o governo definiu, em 1998, uma estratégia de combate às drogas com duração de 10 anos. O objetivo era restringir o mercado de drogas ilegais e proteger as

famílias e comunidades de danos relacionados a elas, com foco em serviços de tratamento, informação pública e participação da comunidade (FRISHER et al., 2008). Outras drogas, como álcool e tabaco, são reguladas através de impostos e de restrições sobre a idade da compra. Alguns medicamentos, como a mefedrona (4-methylmethcathinone) foram considerados ilegais com base em preocupações sobre os seus malefícios (NUTT; KING; PHILLIPS, 2010), e a lei sobre outras drogas, especialmente maconha, foi endurecida por causa de preocupações semelhantes (NUTT; KING; PHILLIPS, 2010; MACLEOD; HICKMANN, 2010). Uma das principais metas era evitar que os jovens se tornassem usuários de drogas (FRISHER et al., 2008). Dados da pesquisa de Frisher et al. (2008), realizado entre 1998 e 2005, com dados do Banco de Atenção Primária do Reino Unido, mostraram declínios na prevalência e incidência de abuso de drogas na faixa etária de 16 à 24 anos, durante o período de estudo. De 2002 a 2005 a incidência, ou diminuiu, ou permaneceu a mesma para todas as faixas etárias, indicando redução global do número de novos casos de uso indevido de drogas entre a população com idade entre 16 e 59 anos.

### **3.4 O Cuidado e a Enfermagem**

Desde os primórdios da história dos seres humanos, o cuidado está presente e acompanha a evolução dos tempos, inserido nas mais diversas formas de sociedade, mantendo-se no interior dos contextos coletivos. O cuidado surge quando existe dedicação de um ser ao outro devido à importância que a ele se atribui (SILVA et al., 2009). Para Graças e Santos (2009), o fenômeno do cuidado é o que possibilita a condição de humanidade à existência humana, pois os indivíduos dessa espécie são seres de cuidado e este é seu modo particular. Nessa vertente, Boff (2001) refere que os humanos constroem o mundo a partir de laços afetivos, o que termina por conferir significado às pessoas e às situações, dando-lhes valor e despertando a nossa responsabilidade em relação a elas.

O cuidado é uma característica do ser humano, incorporada pela enfermagem, tornando-se seu objeto epistemológico e sua essência. Significa estimar, ter apreço pelo outro, desejando seu bem estar de maneira integral. Por meio dele, é possível estar presente nos instantes marcantes da vida do indivíduo, como na promoção e recuperação da saúde, ou no momento do nascimento ou da morte (SILVA et al., 2009; CONSOLI; HIRDES; COSTA, 2009). O cuidado, para Hirdes (2009), é o elemento transformador dos modos de viver e sentir o sofrimento do indivíduo no seu cotidiano.

Cuidar de uma pessoa em situação de doença trata, genuinamente, da razão de ser da enfermagem, cuja valorização reside no fato de seus cuidados serem a expressão e o cumprimento dessa ação imprescindível na vida dos indivíduos (GRAÇAS; SANTOS, 2009; BORGES; SILVA, 2010). O cuidado do outro deve primar por um diálogo que estabeleça uma relação harmônica, forte e libertadora entre as pessoas envolvidas (BOFF, 2001). Especialmente para esta profissão que concebe o ser humano em sua totalidade, o cuidado deve ser compreendido como um fazer que rompa a dicotomia entre corpo e mente, normal e patológico, enxergando o ser em sua condição existencial, favorecendo uma vida mais saudável (SILVA et al., 2009; GRAÇAS; SANTOS, 2009).

Contudo, ao longo do tempo, o cuidado acompanhou o desenvolvimento tecnológico e científico e acabou por distanciar-se de suas ações essenciais, provocando a fragmentação do sujeito, seguindo a vertente do modelo biomédico (SILVA et al., 2009; GRAÇAS; SANTOS, 2009; BORGES; SILVA, 2010). Dessa forma, o ser humano tornou-se segmentado, isolado, repartido em parcelas, separando-se das dimensões social e coletiva, o que reduziu o cuidar somente ao tratamento de uma doença (SILVA et al., 2009). Inseridos nesse contexto, segundo Graças e Santos (2009), os cuidados passam a significar apenas técnicas, o que caracteriza uma relação sujeito/objeto, fazendo do paciente o mero depositário dos fazeres da enfermagem. Para esta profissão, que tem no cuidado a arte do encontro com (o outro ser), perceber o outro somente como portador de uma patologia específica é reduzi-lo aos sintomas, fazendo com que pouco reste da sua condição de pessoa que possui uma história, valores, desejos e saberes (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004).

Mas, neste século, o conceito de cuidado vai além e visa integrar os indivíduos em torno do bem, numa perspectiva de elo social, prevenindo rupturas nesse segmento e contribuindo para sua superação (SILVA et al., 2009). Na recuperação de um estado de doença deve-se enfatizar, primeiramente, a dimensão saúde, buscando agregar os níveis pessoal, social e espiritual que estejam saudáveis na vida do sujeito (BOFF, 2001). Borges e Silva (2010) relembram que o cuidado de enfermagem deve ser marcado pela atitude de empatia, ou seja, colocar-se no lugar do outro, o que acaba por abrir espaços de diálogo para que seja possível reconstruir identidades e compartilhar responsabilidades, considerando que o indivíduo está inserido no conjunto familiar e de sociedade e que se deseja garantir a satisfação das necessidades de todos os envolvidos no processo de cuidado. Então, o cuidado não pode ser visto como mero objeto a ser praticado e sim, como algo que remete à integralidade da existência e à interpretação do próprio ser (GRAÇAS; SANTOS, 2009).

Por intermédio de práticas assistenciais e educativas de valorização do autocuidado, a enfermagem tem o seu papel como promotora do restabelecimento da saúde dos indivíduos. Para isso, utiliza-se do sistema de enfermagem, construído por meio das atividades de enfermagem desenvolvidas ao longo da relação de cuidado entre enfermeira e usuário. A enfermagem direciona suas ações baseado na qualidade de vida sob o ponto de vista da pessoa, de suas metas e sonhos. Portanto, cabe a ela orientar o cliente na sua adaptação com o meio ambiente, estimulando atitudes e direcionando-o de forma que ele possa atuar nos seus padrões de saúde, aliviado o sofrimento, mantendo a dignidade e melhorando a qualidade de vida. Assim, os planos assistenciais devem respeitar a vivência do indivíduo, entendendo-o como um todo e não somente do ponto de vista seus problemas de saúde (SILVA et al., 2009; BORGES; SILVA, 2010). Do ponto de vista da integralidade, Arce, Souza e Lima (2011) falam sobre a noção de cuidado como uma ação integral, de forma que se compreenda a saúde como um direito, a partir de interações exitosas entre usuários, profissionais e instituições que traduzam um tratamento de respeitoso, com qualidade e vínculo.

O cuidado inclui todo o modo sobre como somos e como funcionamos enquanto seres humanos (BOFF, 2001). Ele compreende as possibilidades de existência que estejam vinculadas às coisas e aos outros. Entretanto, não se pode conceber o cuidado sem pensarmos em nossas próprias limitações. Então, para cuidar do outro tem que haver o cuidado de si mesmo. O enfermeiro é, geralmente, o profissional que tem mais contato com o ser doente ou saudável, sendo o que mais convive com o sofrimento do outro, assim, deve também cuidar de si, pois somente dessa forma, poderá estabelecer uma boa relação de cuidado com o outro. Entretanto, apesar da Enfermagem ser formada para cuidar, existe uma dificuldade por parte dos enfermeiros quanto à prática do autocuidado (GRAÇAS; SANTOS, 2009; SILVA et al., 2009).

### **3.5 Enfermagem, Saúde Mental e Dependência Química na Estratégia de Saúde da Família**

A saúde mental pode ser considerada um dos eixos da ESF. A criação de uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental, articulada à atenção básica, vem se estabelecendo historicamente como uma das diretrizes para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira (RIBEIRO et al., 2010). Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem estimulado ações que remetam à subjetividade dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental da população atendida no nível de atenção básica, o que fez da ESF dispositivo fundamental na

atenção aos indivíduos em sofrimento mental e seus familiares (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011). Convém pontuar que as queixas psíquicas constituem a segunda causa mais frequente de procura por atendimento na atenção básica, além disso, entre 6 a 8% da população necessita de algum cuidado decorrente do uso de álcool e outras drogas (ROSENSTOCK; NEVES, 2010). Para Moriarty et al. (2012), a atenção primária é a interface onde as políticas públicas de saúde são implementadas na prestação de cuidados, através de ferramentas clínicas e de diretrizes sobre detecção e manejo de problemas relacionados ao uso de drogas, baseado-se na realidade local. Campos (2001), falando da organização de um sistema de saúde mental, destaca a importância da capacidade dos equipamentos em preservar o vínculo com o usuário nos diversos momentos do seu sofrimento, sendo responsáveis pelo seu cuidado.

Os enfermeiros são, dentre os profissionais de saúde, aqueles que têm maior contato com os usuários dos serviços, podendo, potencialmente, reconhecer com mais rapidez problemas relacionados ao uso de drogas e desenvolver ações de assistência (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004; ROSENSTOCK; NEVES, 2010). Esta situação aponta para a necessidade de produção e domínio de um saber amplo, transcendendo os limites de uma disciplina e permeando um conhecimento que tenha por finalidade o homem, numa perspectiva individual de percepção do sujeito. Assim, o contato com o outro vai além do contato superficial, de modo que sentimentos, preconceitos, saberes e ideias do cuidador, implicam diretamente na qualidade do atendimento prestado (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004).

Para Ribeiro et al. (2010), o enfermeiro da ESF deve estar preparado para o atendimento básico de saúde ao portador de transtorno mental, de forma a minimizar os danos que possam estar envolvidos e evitar a hospitalização. Correia, Barros e Colvero (2011) falando sobre isso, nos trazem que o acompanhamento de pacientes egressos de internações psiquiátricas, orientação aos familiares e esforços para evitar a medicalização do sofrimento psíquico devem ser responsabilidade da equipe da ESF.

Numa perspectiva de rompimento com o modelo manicomial, fruto da reforma psiquiátrica, o profissional enfermeiro deve estar capacitado à condução da comunidade e dos familiares de indivíduos com transtorno mental, buscando a inclusão desses usuários nas diversas formas de organizações populares, criando espaços de reabilitação psicossocial (RIBEIRO et al., 2010; CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011). Fazendo um contraponto, Spricigo e Alencastre (2004) colocam que o papel da enfermagem na internação psiquiátrica é

diferente, resumindo-se à vigilância, punição e encaminhamento aos demais profissionais, especialmente médicos.

Muitos enfermeiros ficam à parte da reforma psiquiátrica, não acompanhando, no seu fazer profissional, as mudanças práticas que esse movimento trouxe, inclusive por não se sentirem capacitados para tal. Em estudo realizado em Natal, em 2007, Ribeiro et al. (2010) constataram como dificuldade na ESF a falta de capacitação profissional relacionada a temas de saúde mental, assim como a ausência de uma equipe multiprofissional capaz de dar suporte aos profissionais da ESF, sendo este um dos motivos pelos quais as enfermeiras não realizavam ações voltadas a essa população. Consoli, Hirdes e Costa (2009) também referem o despreparo de profissionais para atender saúde mental na ESF, sendo estes, em sua maioria, generalistas que, na prática diária fazem a dissociação entre mente e corpo, gerando encaminhamentos, por vezes desnecessários, para outros níveis de atenção. Para os últimos autores, bem como para Correia, Barros e Colvero (2011), o investimento na qualificação dos profissionais por meio de capacitação e educação permanente faz-se necessária e é a melhor estratégia para o êxito na assistência em saúde mental nos referidos serviços.

Arce, Sousa e Lima (2011) referem que a equipe da ESF não tem clareza sobre como deve ser o cuidado integral ao usuário com demanda de saúde mental, o que pode representar uma dificuldade no estabelecimento de uma rede de atenção nessa área. Para estes autores, deve-se dar atenção à qualificação técnica e política dos profissionais, por meio da educação permanente, em um processo contínuo de supervisão, podendo ser concebido através do Apoio Matricial. Assim, os profissionais estariam habilitados a realizar uma análise concreta das demandas de saúde mental e aptos a transformar o espaço da unidade de saúde na qual atuam, em espaço privilegiado de cuidados aos transtornos mentais, o que reduziria a prática de fazer apenas o diagnóstico e o posterior encaminhamento para outros níveis de atenção.

O conhecimento acerca de conteúdos sobre substâncias psicoativas (dosagens, efeitos, formas de uso, danos), assim como as teorias que buscam compreender os motivos do uso, fatores de risco e de proteção, políticas públicas, populações em situação de vulnerabilidade, dentre outros aspectos, são fundamentais para aqueles que pretendem trabalhar com usuários de drogas e dependentes químicos. No entanto, tão ou mais importante do que a informação técnica sobre a questão das drogas, é imprescindível um olhar para as próprias crenças, valores, preconceitos, contradições da prática, comprometimento e sobre o motivo da escolha por essa área. O cuidar da enfermagem é um encontro com o outro que necessita ser cuidado e isso exige autoconhecimento por parte do enfermeiro, de forma que não haja uma atitude julgadora, ou inadequada no momento da abordagem do usuário de drogas (SPRICIGO;

ALENCASTRE, 2004). Ademais, o vínculo e a continuidade, típicos do atendimento em Saúde da Família, exigem dos técnicos lidar com o sofrimento humano, processo para o qual muitos não estão preparados (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Para Machado e Mocinho (2003), apesar da reforma psiquiátrica ter iniciado há décadas, a prática dos profissionais em relação ao indivíduo em sofrimento mental segue centrada no atendimento individualizado, na medicalização e no encaminhamento especializado, sendo este último, para Lucchese et al. (2009), resultado direto da “desinstrumentalização” profissional. O modelo de saúde mental ainda está vinculado à clínica convencional e mudou muito pouco desde o início do processo. Colocam, ainda, as autoras que a maior parte dos profissionais não tem conhecimento científico a respeito do tema saúde mental, partindo de visões empíricas a respeito dos cuidados e que, além disso, as universidades não os capacitam para lidar com o sofrimento humano (MACHADO; MOCINHO, 2003). Lucchese et al. (2009) concordam com a ideia, ao referir que os recursos necessários para quem lida com o sofrimento mental na comunidade não foram desenvolvidos durante sua formação profissional, pois não fazem parte, regularmente, do currículo universitário de médicos e enfermeiros, não sendo rotina em suas trajetórias. Pillon, Luis e Laranjeira (2003) relatam que as dificuldades por parte dos enfermeiros em oferecer cuidados aos usuários de substâncias psicoativas como parte das suas funções nos mais diversos locais de saúde pode estar relacionado a uma deficiência da educação formal e falam sobre a falta ou omissão de temas relacionados ao álcool e drogas em currículos de enfermagem.

Estudo realizado na Holanda, com estudantes do primeiro ano de graduação em enfermagem demonstrou que eles têm percepções negativas sobre pacientes psiquiátricos e cuidados em saúde mental e que a universidade fez muito pouco para aconselhá-los e informá-los sobre questões de saúde mental, fazendo com que essas percepções prevalecessem (HOEKSTRA; VAN MEIJEL; HOOFT-LEEMANS, 2010). Já, um estudo realizado na Cataluña, por Gilchrist, Fonseca e Torrens (2011), avaliou por meio de escala, as atitudes dos profissionais no trabalho com pacientes dependentes de álcool e outras substâncias em centros de atenção primária, centros de atendimento em saúde mental de adultos e centros de atenção especializados em dependência química. A pesquisa concluiu que a consideração dos profissionais era menor em relação aos pacientes com transtornos relacionados ao uso de substâncias, quando comparados com pacientes depressivos ou diabéticos. Estes resultados foram especialmente evidentes no grupo de profissionais dos serviços de atenção primária. Além disso, profissionais do sexo feminino apresentaram menor

consideração por indivíduos dependentes de álcool. Os autores referem que os resultados de seu estudo convergem com outros nos quais se observa que médicos generalistas não consideram sua formação adequada para o diagnóstico e o tratamento desses pacientes. Também ponderam que atitudes negativas dos profissionais podem ter implicações para o tratamento de dependentes químicos. Williamson (2012) refere que o alcoolismo continua estigmatizado, apesar de ser considerada uma patologia. As pessoas não estão convencidas de que os aspectos da doença a caracterizem como uma dependência, apesar do status médico que possui.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Amostra/População/Sujeitos**

Os sujeitos da pesquisa serão os enfermeiros que atuam nas Estratégias de Saúde da Família do Município de Santa Cruz do Sul. A amostra será constituída da totalidade dos enfermeiros que fazem parte das referidas equipes. Logo, trabalhar-se-á com toda a população de profissionais enfermeiros desses serviços de saúde, abrangendo as onze ESF das quais o Município dispõe.

Serão onze sujeitos, de ambos os sexos, sendo critérios de inclusão na pesquisa: ser enfermeiro integrante da equipe da ESF e aceitar participação na pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Serão excluídos os sujeitos que não atenderem aos critérios já descritos, bem como aqueles que desistirem de participar, mesmo que durante o andamento do trabalho.

### **4.2 Delineamento Metodológico**

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Refere Minayo (2007) que o método qualitativo é aplicado ao estudo das relações, representações, percepções e opiniões a respeito das interpretações que os indivíduos fazem sobre como vivem, sentem e pensam, como constroem seus objetos e a si mesmos. Este procedimento torna possível a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação, bem como permite que se conheçam processos sociais de grupos particulares.

Nas pesquisas qualitativas, conforme Goldim (1997), a descrição dos fenômenos observados está repleta de significados que, relacionada com o ambiente onde ocorrem e à participação do pesquisador, assumem conotações diversas daquelas normalmente realizadas com base em dados quantitativos. Este tipo de pesquisa tem por características fundamentais a importância conferida ao ambiente e ao papel desempenhado pelo pesquisador.

Para Bosi (2012a), o termo qualitativo tem interface com a subjetividade e esta expressão, quando aplicada à pesquisa, trata sobre “aquelas cujos objetos exigem respostas não traduzíveis em números” (2012a, p.576), uma vez que têm por material as várias formas de expressão da linguagem. Segue referindo, ainda, a autora que aquilo que processado nesse tipo de pesquisa pertence ao plano das construções intersubjetivas que estão imersas nas

relações sociais. Para ela, é preciso introduzir no campo da Saúde Coletiva o que é subjetivo, afetivo, livre e criador e esta é a contribuição principal do enfoque qualitativo.

Pesquisas com essa orientação estão sendo cada vez mais divulgadas na cena científica atual. Nos últimos anos, em diferentes países e contextos sociais, estudos com essa abordagem têm participado de forma ativa na produção de evidências que auxiliam na reforma do setor saúde, obtendo reconhecimento de sua importância na formulação, implantação, monitoramento e avaliação de Políticas Públicas em saúde, inclusive no Sistema Único de Saúde do Brasil (BOSI, 2012b).

O senso comum, para Minayo (2012), é a base dos estudos qualitativos, devido ao seu poder de expressão de vivências e experiências. É composto de valores, formas de pensamento e ação, sentimentos, crenças e relacionamentos e, por isso, é o que orienta o indivíduo nas variadas situações de vida. É expresso na fala e no modo de agir, sendo a base do entendimento humano. Então, para ela, compreender é o principal verbo na análise qualitativa. Dessa maneira, colocando-se no lugar do outro de forma a compreendê-lo, é importante considerar a singularidade de cada indivíduo, sem, no entanto, esquecer que sua experiência é influenciada pela história coletiva e pelo contexto da cultura do grupo no qual está inserido.

### **4.3 Hipóteses e Variáveis**

Supomos que:

1. As concepções dos enfermeiros acerca dos usuários (e do uso) de drogas estão relacionadas a duas ideias contrastantes: a visão do usuário como vítima dessas substâncias, devido a sua dependência; e a visão que o relaciona à criminalidade, que atribui a ele um ganho secundário ao uso de drogas, na qual a continuidade do uso seria uma escolha consciente do indivíduo pela qual, inclusive, poderia ser culpado.
2. O cuidado prestado na ESF não está de acordo com os princípios do SUS, tampouco com o que preconiza a Reforma Psiquiátrica, visto que o papel da ESF é, basicamente, o de encaminhar o usuário de drogas ao serviço especializado de referência do Município, desresponsabilizando-se pelo tratamento da dependência química.
3. A rede de atendimento ao usuário de drogas/dependente químico é frágil e não comporta o número de pacientes que procuram atendimento. Além disso, supomos

não haver comunicação adequada (através da referência e contrarreferência) entre a ESF e os demais serviços da rede SUS.

4. Existe uma carência no ensino de graduação de Enfermagem acerca de conteúdos relacionados à dependência química. Com restrita experiência prática e escasso conhecimento teórico, os enfermeiros não se sentem plenamente capacitados para desempenhar um cuidado de qualidade aos pacientes dependentes químicos.

#### **4.4 Procedimentos Metodológicos**

Para melhor visualização, os procedimentos metodológicos foram separados por etapas, nas quais estão caracterizadas as atividades que serão realizadas, conforme segue:

Etapa 1: agendamento das entrevistas com os participantes da pesquisa e coleta de dados;

Etapa 2: organização, análise e discussão dos dados;

Etapa 3: redação da dissertação;

Etapa 4: exame de qualificação e primeira proposta de artigo;

Etapa 5: revisão final da dissertação;

Etapa 6: preparo de comunicação e defesa da dissertação.

#### **4.5 Técnicas e Instrumentos de Coleta**

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semi-estruturada (Apêndice 1) e será gravada para posterior transcrição e análise. Segundo Minayo (2007), na entrevista semi-estruturada “deseja-se que a linguagem do roteiro provoque as várias narrativas possíveis que o entrevistador vai avaliar; as interpretações que o entrevistado emite sobre elas e sua visão sobre as relações sociais envolvidas nessa ação” (MINAYO, 2007, p. 191).

Conforme concordem em fazer parte da pesquisa, os participantes terão sua entrevista previamente agendada mediante contato telefônico, sendo a realização dessa condicionada à disponibilidade de cada um, em local que permita a privacidade do encontro.

Referente ao instrumento, este é composto, inicialmente, de dados de identificação, seguido de três questões semi-estruturadas e, posteriormente, de questões abertas sobre o tema do estudo (Apêndice 1).

#### 4.6 Análise de Dados

Os dados serão trabalhados a partir do procedimento de análise de produção de sentidos, conforme Spink (2000). O sentido é o meio pelo qual as pessoas constroem expressões a partir das quais entendem e enfrentam as situações as quais são submetidas, segundo Spink e Medrado (2000); logo, trata-se de uma construção coletiva de caráter interativo. A produção de sentidos não é simplesmente uma atividade cognitiva individual ou a cópia de modelos determinados previamente e sim, uma prática dialógica que implica na linguagem utilizada.

Rompendo com o habitual torna-se possível visualizar os sentidos e isso constitui uma das estratégias da pesquisa social. As questões focadas de uma entrevista podem fazer com que o entrevistado reflita sobre determinado assunto como nunca antes o havia feito, ou sob um novo ponto de vista, podendo gerar práticas discursivas não necessariamente relacionadas ao tema inicialmente abordado. Estas práticas dizem sobre o posicionamento das pessoas nas relações sociais do cotidiano e sobre os modos pelos quais produzem sentidos. Então, remetem a momentos de rupturas e de produção de novos significados, para os quais, no uso da linguagem, convivem a ordem e a diversidade (SPINK; MEDRADO, 2000).

Para Caregnato e Mutti (2006), a análise de discurso trabalha com o sentido. Essa análise não descobrirá nada novo, apenas interpretará de uma maneira nova e diferente um discurso que já é marcado por uma história e ideologia. Convém lembrar que a interpretação nunca será absoluta e única, pois virá marcada pelas vivências, afetos e crenças do pesquisador. Da mesma forma, não está em questão o julgamento do enunciado entre o certo e o errado.

O cientista social, ao analisar práticas discursivas, estuda a dimensão performática do uso da linguagem e trabalha com as suas consequências amplas e nem sempre intencionais. A linguagem é viva e ativa, então, produz ações (acusações, julgamentos, justificativas) e revela posicionamentos, mesmo quando não se tem esse propósito (SPINK; MEDRADO, 2000). Caregnato e Mutti (2006) falam que esse processo interroga os sentidos que se estabeleceram em variadas formas de produção, bastando apenas que sua materialidade, verbal ou não verbal (posturas, silêncios, gestos, pausas, expressões faciais, etc.) (SPINK; MEDRADO, 2000) seja passível de interpretação. Entende-se que o registro desses elementos é importante para o enriquecimento das análises, pois permitirá o detalhamento e caracterização do contexto no qual se desenvolveu a prática do discurso (SPINK; MEDRADO, 2000).

A análise discursiva trabalha com o sentido do texto que é produzido, não com a tradução através de seu conteúdo. O corpo da análise de discurso é constituído de ideologia,

que se refere ao posicionamento do sujeito representado através das palavras; história, representando o contexto social e histórico; e linguagem, que fornece sinais claros e materiais sobre o sentido que o sujeito pretende dar ao discurso (CAREGNATO; MUTTI, 2006). Spink e Lima (2000) explicam que a análise privilegia a linguagem verbal, não deixando de trabalhar, no entanto, com o encadeamento de associações de ideias e com a dialogia que está implícita na produção de sentidos.

Em termos práticos, a análise iniciará com a imersão no conjunto das informações coletadas, de forma que possam surgir os sentidos sem que, nesse momento, os dados sejam categorizados ou classificados. Poderá haver um conflito entre os sentidos construídos durante o processo de pesquisa e interpretação e aqueles originados de nossas teorias de base e das leituras realizadas para familiarização com nosso tema de estudo. As categorias de análise surgirão, então, como produto desse confronto e o material do qual dispomos será analisado a partir delas (SPINK; LIMA, 2000). A operacionalização dessa etapa será realizada com a escuta e transcrição de todo o material gravado durante as entrevistas, o que proporcionará uma primeira leitura das informações coletadas.

Com o objetivo de fazer emergir os sentidos, entendendo os usos feitos pelos conteúdos das falas, serão desenvolvidos os mapas de associação de ideias. Eles têm por objetivo a sistematização do processo de análise das práticas discursivas, na busca dos aspectos formais da construção linguística, dos repertórios que se utilizam nessa construção e na dialogia contida na produção de sentidos. Os mapas permitem a visualização dos dados, subsidiando e facilitando o processo de interpretação. A definição de categorias de natureza temática, baseadas nos objetivos da pesquisa, dará início a sua construção. A partir das categorias serão organizados os conteúdos das entrevistas, mantendo-se as sequências das falas para que a compreensão dos contextos não seja prejudicada. Dessa forma, também será possível identificar as interanimações dialógicas a partir da visualização de toda a entrevista. Os diálogos serão mantidos na sua integralidade, sendo, apenas, deslocados para colunas pré-definidas conforme os objetivos da pesquisa. É importante frisar que os mapas não são técnicas fechadas, podendo, a qualquer momento, haver a redefinição de categorias em busca da aproximação com os sentidos resultantes do processo de interpretação (SPINK; LIMA, 2000).

Sobre a construção das categorias de análise, Spink e Lima (2000) relatam que depende, basicamente, do tipo de pesquisa, não havendo número fixo de colunas ou uma sequência previamente determinada. Este processo está ligado ao objetivo da investigação e ao conjunto de falas com as quais se trabalha. Na disposição do mapa no qual estão contidas as

entrevistas, a leitura horizontal nos permite a compreensão da dialogia, enquanto que na coluna vertical, temos a leitura dos repertórios.

#### **4.7 Considerações Éticas**

Os participantes da pesquisa serão previamente informados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) a respeito do título, objetivo, justificativa, riscos e benefícios do estudo, bem como da identificação do pesquisador e da forma de contato com ele. Este termo terá duas vias, ficando a primeira em posse do pesquisador e a segunda, do entrevistado.

Além disso, aos participantes será dada a garantia do esclarecimento de qualquer dúvida ou pergunta acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outras questões relacionadas à pesquisa. Será a eles assegurado o direito de retirar o seu consentimento e de desligar-se da pesquisa, a qualquer momento, sem que isso lhes acarrete prejuízos de quaisquer naturezas.

Referente aos dados colhidos, as transcrições das entrevistas e os arquivos contendo as falas dos sujeitos da amostra serão preservados durante os cinco anos subsequentes à realização da pesquisa, estando sob a responsabilidade do pesquisador. As informações obtidas serão utilizadas unicamente para o trabalho em questão e serão mantidos o anonimato dos sujeitos, bem como dos dados relacionados a sua privacidade.

O gestor de saúde de Santa Cruz do Sul, responsável pelas ESF do Município, atestará sua ciência e aquiescência acerca da realização do presente projeto de pesquisa por meio de carta destinada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (Apêndice 3). Além disso, este projeto será encaminhado ao referido Comitê para apreciação e aceite da execução da pesquisa.

Ao término deste estudo, seus resultados serão apresentados sob a forma de artigo em dissertação para a obtenção do título de Mestre e poderão ser publicados em periódicos científicos, assim como apresentados em eventos da mesma natureza.

Pretende-se, ainda, que as conclusões sejam apreciadas pelas equipes das ESF e pelos gestores de saúde e que, com os últimos, sejam discutidos com o objetivo de contribuir positivamente no planejamento de ações em saúde mental, voltadas especialmente às questões de atenção à dependência química no Município.



## **6 RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUTURA**

Os recursos humanos para a realização da pesquisa dizem respeito ao pesquisador e ao professor orientador. O procedimento de entrevistas será executado pelo próprio pesquisador, não se fazendo necessário outros recursos humanos.

Quanto à infraestrutura, para a realização das entrevistas, serão utilizadas as dependências das próprias Estratégias de Saúde da Família, conforme disponibilidade acordada mediante contato prévio com o enfermeiro da equipe. Ademais, será utilizada a infraestrutura da UNISC, no que se refere à biblioteca e às instalações e equipamentos do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde.

## 7 ORÇAMENTO/RECUROS MATERIAIS

Segue, abaixo, o orçamento do projeto:

Título da pesquisa: O Enfermeiro e o Cuidado à Dependência Química na Estratégia de Saúde da Família.

Gestor financeiro: Letícia Figueiró Fontoura

Itens a serem financiados		Valor Unitário R\$	Valor Total R\$	Fonte Viabilizadora
Especificações	Quantidade			
Pacote de papel A4 (500 folhas)	4	R\$ 15,00	R\$ 60,00	Pesquisador
Cartucho de tinta preta para impressora HP	2	R\$35,00	R\$ 70,00	Pesquisador
Cartucho de tinta colorida para impressora HP	2	R\$ 50,00	R\$ 100,00	Pesquisador
Caneta esferográfica	8	R\$ 3,00	R\$ 24,00	Pesquisador
Lápis preto	4	R\$ 1,00	R\$ 4,00	Pesquisador
Borracha	2	R\$ 1,50	R\$ 3,00	Pesquisador
Fotocópias	100	R\$ 0,20	R\$ 20,00	Pesquisador
Caderno de notas	1	R\$ 5,00	R\$ 5,00	Pesquisador
Pen-drive 4Gb	1	R\$ 20,00	R\$ 20,00	Pesquisador
Caneta destaca texto	20	R\$1,70	R\$ 34,00	Pesquisador
Pasta com elástico	2	R\$ 3,00	R\$ 6,00	Pesquisador
Gravador digital	1	R\$ 300	R\$ 300,00	Pesquisador
Pilhas recarregáveis	4	R\$ 5,00	R\$ 20,00	Pesquisador
Combustível (Gasolina) para deslocamento do pesquisador	45	R\$ 2,90	R\$130,50	Pesquisador
Impressões de pôster para apresentação	2	R\$ 60,00	R\$ 120,00	Pesquisador
Traduções para outros idiomas	20	R\$ 25,00	R\$ 500,00	Pesquisador
			<b>TOTAL GERAL R\$ 1.416,50</b>	

Todos o custos do presente projeto de pesquisa serão de inteira responsabilidade do pesquisador.

---

Pesquisador

## **8 RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS**

No caso de confirmação das hipóteses da pesquisa, esperamos que as equipes das Estratégias Saúde da Família e a Secretaria Municipal de Saúde do município de Santa Cruz do Sul, ao tomarem ciência dos resultados, possam utilizá-los como subsídios na elaboração de projetos que visem à melhoria da qualidade da assistência em dependência química nas ESF e nos demais elementos componentes da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

Da mesma forma, esperamos que os resultados sirvam aos cursos de graduação em enfermagem para que possam repensar os currículos de ensino acerca dos conteúdos relativos ao cuidado em saúde mental e em dependência química, com o intuito de impactar positivamente na formação de futuros profissionais enfermeiros, beneficiando àqueles que serão por eles atendidos, por meio de um cuidado de alta competência técnica.

## **9 RISCOS/ DIFICULDADES/ LIMITAÇÕES**

No processo de execução da pesquisa não serão oferecidos riscos de nenhuma natureza aos sujeitos participantes que fornecerão as informações. É possível que haja influência nas respostas dos entrevistados depois que estes tomem ciência dos objetivos da pesquisa. Além disso, uma limitação passível de ocorrência é a recusa de algum dos sujeitos quanto a sua participação no estudo.

## 10 TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Sr.(a) abaixo assinado, compromete-se a manter sigilo em relação a informações a que tiver acesso na qualidade de membro da banca examinadora constituída para análise de dissertação intitulada “O ENFERMEIRO E O CUIDADO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA” desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado em Promoção da Saúde, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC.

O abaixo assinado compromete-se ainda a usar as informações a que tiver acesso apenas com o propósito de avaliação da dissertação, não as revelando a qualquer título ou sob nenhum pretexto a terceiros.

A obrigação de sigilo não prevalece sobre informações que estejam sob domínio público antes da data de assinatura do presente instrumento ou que se tornaram públicas pelo Instituto Nacional de Propriedade Industrial-INPI ou por instituto competente em âmbito internacional.

O compromisso de sigilo é válido até que os direitos de propriedade intelectual relativos à dissertação tenham sido devidamente protegidos pela UNISC em âmbito nacional e internacional, perdurando até que o objeto da proteção caia em domínio público.

Caso as informações transmitidas na defesa da dissertação não sejam patenteáveis ou registráveis, ainda assim o signatário deve manter sigilo sobre elas, sendo o compromisso de sigilo válido por um período de 20 anos.

Caso o abaixo assinado descumpra quaisquer das obrigações previstas no presente Termo, a UNISC impetrará a(s) ação(ões) judicial(ais) cabível(eis) junto à autoridade competente, que aplicará as sanções de cunho civil e criminal pertinentes.

E PARA TODOS OS EFEITOS, firma o presente termo na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Santa Cruz do Sul, 26 de Fevereiro de 2014.

---

Eglê Rejane Kohlrausch / CPF: \_\_\_\_\_

**Examinadora**

### Testemunhas

1- \_\_\_\_\_ 2- \_\_\_\_\_

Nome:

Nome:

CPF:

CPF:

## REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, M. D. Places of drug purchase in the Netherlands. *Presentation held at the 10th Annual Conference of Drug Use and Drug Policy*, Vienna: 1999. Disponível em: <http://www.frw.uva.nl/cedro/library/places.pdf>. Acesso em: 02 agosto 2012.
- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, dez. 2011.
- ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F.; LIMA, M. G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 541-560, 2011.
- ARAÚJO, R. B. et al. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 57-63, 2008.
- BATISTA, I. R. et al. Neurociências do uso de substâncias psicoativas. In: DIEHL, A. et al (Org.). *Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 56-70.
- BERMÚDEZ-HERRERA, A. et al. Percepción de lós Estudiantes de uma escuela de enfermería acerca del consumo de drogas lícitas e ilícitas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, n. 19 (especial), p. 684-90, mai./jun. 2011.
- BOFF, L. *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- BORGES, M. S.; SILVA, H. C. P. Cuidar ou tratar? A busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 5. p. 823-9, set./out. 2010.
- BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panoramas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, mar. 2012a.
- \_\_\_\_\_. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: aportes aos sistemas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 572, mar. 2012b.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 10 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 13 agosto 2012.
- \_\_\_\_\_. *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil*. Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327912.pdf>. Acesso em: 15 agosto 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 14 agosto 2012.

CAMPOS, R. T. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

CAMPOS, R. T. O.; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 221-245.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão W. S et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 669-688.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, dez. 2006.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 837-868.

CLECK, J. N.; BLENDY, J. A. Making a bad thing worse: adverse effects of stress on drug addiction. *The Journal of Clinical Investigation*, v. 118, n. 2, p. 454-61, fev. 2008.

COIMBRA, V. C. C. et al. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1150-6, out. 2011.

CONSOLI, G. L.; HIRDES, A.; COSTA, J. S. D. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p. 117-128, 2009.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-6, dez. 2011.

FORMIGONI, M. L. O. S.; KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Neurobiologia: mecanismos de reforço e recompensa e o efeito biológico comum das drogas. In: LACERDA, Roseli, B. (Org.). *Efeitos de substâncias psicoativas no organismo: módulo 2*. SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. 3. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2009.

FORTE, F. A. P. Racionalidade e legitimidade da política de repressão ao tráfico de drogas: uma provocação necessária. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 21, n. 61, dez. 2007.

FRISHER, M. et al. Trends in drug misuse recorded in primary care in the UK from 1998 to 2005. *Journal of Public Health*, v. 31, n. 1, p. 69-73, 2008.

GARCIA, M. L. T. Política de Atenção aos Usuários de Álcool e Drogas no Brasil – Questões Controversas. In: ROSA, Edinete Maria (Org.). *Psicologia e Saúde: Desafios às Políticas Públicas no Brasil*. Vitória: EDUFES, 2007. p. 91-109.

GERAGHTY, J. Drug policy, intravenous drug use, na heroin addiction in the UK. *British Journal of Nursing*, v. 20, n. 14, p. 878-84, 2011.

GILCHRIST, G.; FONSECA, F.; TORRENS, M. Accesibilidad a tratamiento em personas com problemas de alcohol y otras sustancias de abuso. *Adicciones*, v. 23, n. 4, p. 343-348, 2011.

GOLDIM, J. R. *Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde*. Porto Alegre: Decasa, 1997.

GRAÇAS, E. M.; SANTOS, G. F. Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 200-7, 2009.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2009.

HOEKSTRA, H.; VAN MEIJEL, B.; HOOFT-LEEMANS, T. A nursing career in mental health care: choices and motives of nursing students. *Nurse Education Today*, v. 30, p. 4–8, 2010.

KINGDOM OF THE NETHERLANDS. Embaixada do Reino dos Países Baixos em Brasília, Brasil. *Quais são as características distintivas da política neerlandesa referente à droga?* Disponível em: <http://brasil.nlembaixada.org/> Acesso em: 22 jul. 2012.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 615-634.

LARANJEIRA, R. Legalização de drogas e a saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 621-31, 2010.

LUCCHESI, R. et al. Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

MACHADO, A. P. C.; MOCINHO, R. R. Saúde mental: um desafio no programa saúde da família. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 159-170, jul./dez. 2003.

MACLEOD, J.; HICKMANN, M. How ideology shapes the evidence and the policy: what do we know about cannabis use and what should we do? *Addiction*, v. 105, p. 1326-1330, 2010.

MARSDEN, J. et al. Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study. *Addiction*, v. 374, p. 1262-1270, 2009.

MCCORMICK, K. A. et al. How primary care providers talk to patients about alcohol: a qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, v. 21, n. 9, p. 966-72, 2006.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde e a humanização das práticas de saúde. *Interface*, v. 13, supl. I, p. 771-80, 2009.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-26, mar. 2012.

MORETTI-PIRES, R. O.; CARRIERI, C. G.; CARRIERI, G. G. O Estado frente à temática das drogas lícitas e ilícitas: avanços da nova legislação e desafios frente ao Sistema Único de Saúde. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, v. 4, n. 2, p. 1-13, 2008.

MORIARTY, H. J. et al. Challenges to alcohol and other drug discussions in the general practice consultation. *Family Practice*, v. 29, n. 2, p. 213-222, 2012.

MUÑOZ, M. A. et al. Aspectos neuropsicológicos del craving por la nicotina. *Adicciones*, v. 23, n. 2, p. 111-123, 2011.

NASCIMENTO, A. B. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 185-190, jan./abr. 2006.

NUTT, D. J.; KING L. A.; PHILLIPS, L. D. *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis*. *The Lancet*, v. 376, nov. 2010.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. vol.1. 10a rev. 9 ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V.; LARANJEIRA, R. Nurses' training on dealing with alcohol and drug abuse: a question of necessity. *Clinics*, São Paulo, v. 58, n. 2, 2003.

PINHO, L. B.; BANON HERNANDEZ, A. M.; KANTORSKI, L. P. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 260-267, jun. 2010.

PREBIANCHI, H. B.; FALLEIROS, G. G. Doença mental: representações de usuários e de profissionais da saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 1, p. 33-41, jan./mar. 2011.

REGO, M. Toxicomania: movimentos de uma clínica. In: NERY FILHO, A., et al. (Orgs.). *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA; Salvador:

CETAD, 2009, 308 p. Drogas: clínica e cultura collection. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 31 maio 2012.

RIBEIRO, L. M. et al. Saúde Mental e enfermagem na estratégia de saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 44, n. 2, p. 376-82, jun. 2010.

ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M. J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 4, p. 581-6, jul./ago. 2010.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia, Ciência e Profissão - Diálogos*, Brasília, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análises de práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 41-61.

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 93-122.

SPRICIGO, J. S.; ALENCASTRE, M. B. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas – um estudo em Biguaçu – SC. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, n. 12 (especial), p. 427-32, mar./abr. 2004.

UNODC - UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *World Drug Report 2011*. United Nations Publication: New York, 2011.

UNODC - UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *World Drug Report 2012*. United Nations Publication: New York, 2012.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VENTURA, C. A. A. et al. Políticas e leis sobre drogas ilícitas no Brasil e a perspectiva de familiares e pessoas próximas a usuários de drogas: estudo na Cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. especial, p. 810-816, 2009.

VOLKOW, N. D. et al. Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, v. 108, n. 37, p. 15037-42, 2011.

WILLIANSOM, L. Destigmatizing alcohol dependence: the requirement for an ethical (not only medical) remedy. *American Journal of Public Health*, v. 102, n. 5, 2012.

**CAPÍTULO II**

**RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**

## RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Conforme a proposta contida no projeto de pesquisa, exposto no capítulo anterior procedeu-se a realização das entrevistas para coleta de dados da seguinte forma: as enfermeiras das ESF eram contatadas, inicialmente, por telefone e, conforme sua disponibilidade, um encontro era agendado para que o projeto fosse apresentado quanto ao seu objetivo, relevância e questões éticas, de forma que houvesse uma aproximação inicial a pesquisadora e com o tema. Esses contatos prévios eram de duração breve, em média 15 minutos. Nesse encontro, estando a enfermeira de acordo em participar da pesquisa, era combinada uma nova data na qual houvesse disponibilidade maior de tempo dessa profissional, de acordo a rotina das suas atividades diárias, prevendo-se em torno de uma hora para a entrevista.

Como a intenção era trabalhar com as onze enfermeiras que constituíam a população do estudo, optou-se por esse primeiro contato entre pesquisadora e entrevistadas visando que a ocorrência de recusa de participação fosse mínima. Entendeu-se que, havendo uma exposição prévia sobre o propósito da pesquisa, realizada pessoalmente, o segundo encontro se daria de forma mais natural, uma vez que não mais seriam indivíduos estranhos um ao outro. Não houve recusa por parte de nenhum dos sujeitos da pesquisa, havendo, inclusive, boa receptividade e interesse quando se expunha o tema que seria abordado. Ainda no intuito de participação das onze enfermeiras na pesquisa, não houve qualquer restrição referente ao tempo em que estavam exercendo sua função na ESF, de modo que todas foram entrevistadas, independente desse fator.

A primeira entrevista realizou-se em 27 de novembro de 2012, tendo sido agendada com uma semana de antecedência, conforme explicação anterior. A enfermeira entrevistada parecia um tanto quanto ansiosa nos primeiros minutos de conversa, aparentando alguma desconfiança. Apresentava fala rápida, por vezes atropelada e fornecia explicações detalhadas em suas respostas, que, ainda assim, apresentavam algumas hesitações. Ao longo do tempo, o diálogo, que durou 44 minutos, tornou-se mais descontraído.

A segunda entrevista deu-se em 28 de novembro e foi agendada dois dias antes. A enfermeira parecia ter contato maior com o tema dependência química, relatando que um parente próximo trabalhava na área de saúde mental, o que lhe possibilitava o esclarecimento de dúvidas a respeito. Essa entrevistada demonstrava objetividade em suas respostas, apresentando em 26 minutos as suas colocações.

No dia 3 de dezembro, procedeu-se à terceira entrevista, que foi agendada na última semana do mês de novembro. Este diálogo teve a duração de 51 minutos e foi especialmente interessante por evidenciar uma posição paradoxal quanto tema dependência química. A enfermeira se posiciona, inicialmente, com certo rigor no seu olhar ao usuário de drogas, referindo que ele escolhe este caminho por opção, transferindo a ele toda a responsabilidade por um desfecho de vida que (ela) considera inadequado. Porém, ao longo da conversa, através de suas falas, como será relatado mais adiante, percebe-se o forte vínculo que ela forma com os pacientes dependentes químicos e seus familiares, pertencentes à área de atuação da ESF, assumindo, por vezes, condutas que extrapolam sua obrigação profissional.

Na quarta entrevista, após o contato inicial e escolha de data para o encontro, no horário marcado, a enfermeira da ESF permaneceu por uma hora no atendimento a uma gestante. Uma nova data teve de ser agendada, sendo em 10 de dezembro. O diálogo teve a duração de 52 minutos e a partir dele foi possível entender a situação ocorrida anteriormente, por meio de falas com ênfase na prática do acolhimento e na valorização da escuta qualificada das demandas dos usuários daquele serviço.

Em 13 de dezembro, foi realizada a quinta entrevista. Com a profissional dessa ESF, foi realizado contato telefônico e, quando do dia acordado para o primeiro contato, a enfermeira não se encontrava no Serviço, pois havia sido convocada por sua coordenação para uma reunião. Procedeu-se novo contato telefônico e então, organizaram-se as datas para que nos reuníssemos. O encontro foi marcado por boa receptividade da enfermeira e seu relato teve duração de 39 minutos, com expressões de indignação sobre a influência do tráfico de drogas na sua área adscrita e sobre a importância do vínculo estabelecido entre a ESF e os moradores daquela comunidade.

O encontro para a entrevista da sexta enfermeira aconteceu em 26 de dezembro e foi combinado com antecedência de duas semanas. Sua fala transcorreu em 30 minutos, de maneira segura e objetiva, aparentando domínio sobre as atividades que exerce na ESF, destacando o vínculo com os pacientes e com os moradores do bairro no qual o Serviço está inserido.

Em 27 de dezembro, procedeu-se a sétima entrevista. Para este encontro, foi realizado somente contato telefônico prévio, no qual houve breve exposição sobre o projeto de pesquisa e o convite à participação da enfermeira. A partir da aceitação da profissional, acordou-se data conveniente para a reunião. Esta exceção no procedimento que se vinha adotando com as demais enfermeiras deveu-se à localização desta ESF, que se encontra no interior do Município, distante cerca de 20 km do centro da cidade.

A enfermeira mostrava-se um tanto insegura, inicialmente, porém, preocupada em responder aos questionamentos de forma detalhada, pois deu importância ao tema que estávamos tratando. Estava trabalhando havia poucos meses na ESF e, por vezes, referiu nunca antes ter refletido sobre algumas das perguntas que foram trazidas, fazendo alguns silêncios ao longo da nossa conversa e, respondendo, logo em seguida. A entrevista transcorreu em 49 minutos.

A oitava entrevista, deu-se em 3 de janeiro de 2013 e foi agendada na semana anterior. A enfermeira preocupou-se em reservar uma data na qual não houvesse, concomitantemente, atendimento médico, para que pudéssemos conversar mais tranquilamente. Durante os 42 minutos do nosso diálogo, pontuou de forma objetiva sobre os atendimentos que eram realizados naquele Serviço; sobre sua preocupação com a quantidade de usuários com problemas de saúde mental, atendidos por eles; tratou de alguns aspectos do contato com a rede de serviços do SUS e falou sobre a comunidade, a violência e a relação com a ESF.

No dia 3 de janeiro, ainda, foi realizada a nona entrevista, com duração de, aproximadamente 33 minutos. Durante a conversa com a enfermeira falou da forma como percebe a dependência química, expondo casos acompanhados pela equipe da ESF. Além disso, enfatizou a importância do tratamento e do olhar dos membros da equipe para a família como o objeto de cuidado do Serviço.

Na ocasião dessa entrevista, durante o relato da enfermeira, descobriu-se que havia um outro enfermeiro trabalhando na mesma ESF, como parte de um programa do Governo Federal, chamado PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica). Optou-se, posteriormente, pela não realização de entrevista com esse profissional, uma vez que ele foi elemento surpresa no decorrer da pesquisa. Além disso, por questões éticas, o projeto de pesquisa teria de ser alterado quanto ao número de sujeitos, com a coleta já em andamento, o que causaria transtorno pelo tempo de espera de novo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa. De qualquer forma, entendeu-se que, com a entrevista de dois enfermeiros de uma única equipe, haveria dois olhares sobre a mesma realidade local, o que destoaria do que vinha sendo feito com as demais ESF.

A décima entrevista foi realizada no dia 15 de janeiro e transcorreu em 40 minutos. Com esta enfermeira havia sido acordada a data de 9 de janeiro para a nossa conversa, porém, devido a reunião, ela não se encontrava no Serviço, nessa data. Houve a necessidade de estabelecimento de novo contato para agendamento. Durante o diálogo, a enfermeira falou a respeito de sua atuação com os pacientes usuários de droga, no bairro; dos casos de violência

e criminalidade dos quais a equipe tinha conhecimento; do trabalho com grupos de adolescentes e de sua satisfação em trabalhar na Saúde da Família com aquela comunidade.

A reunião com a última enfermeira entrevistada aconteceu em 23 de janeiro e foi agendada uma semana antes. A conversa durou 53 minutos nos quais, com certa ansiedade por se expressar, ela destacou a importância do vínculo que a enfermeira e que a ESF tem com os usuários do Serviço. Além disso, essa profissional falou sobre o trabalho em parceria da ESF com a escola do bairro na realização de grupos de prevenção e educação em saúde, realizados com crianças e adolescentes.

Ao longo da realização das entrevistas, a impressão era de que as enfermeiras, em suas falas, faziam desabafos sobre as angústias que vivenciavam diariamente e que desejavam, com alguma urgência, falar para alguém que estivesse, realmente, interessado em ouvi-las. Da mesma forma, apesar de todas as dificuldades por elas relatadas, havia, no geral, um contentamento em trabalhar com as populações adscritas, conhecendo a realidade daquelas pessoas e se vinculando àquelas comunidades, fazendo crer que, mesmo com recursos limitados, elas soubessem da importância do trabalho que exercem.

#### **Alguns apontamentos do pesquisador:**

Ao final da realização dos encontros com as enfermeiras, foram observadas algumas questões referentes ao seu perfil, expostas no quadro abaixo:

<b>Enfermeira</b>	<b>Ano de Formação</b>	<b>Especialização</b>	<b>Ano</b>
ENF. A	1988	Saúde do Trabalhador	1995
		Saúde da Família	Cursando
ENF. B	1999	Saúde da Família	2002
ENF. C	1994	Enfermagem do Trabalho	1995
ENF. D	2002	Saúde Coletiva	2004
		Saúde Pública	2012
ENF. E	2003	UTI	2009
		Saúde da Família	Cursando
ENF. F	1998	Saúde Pública	2006
		Saúde da Família	2012
ENF. G	2007	Saúde da Família	2012
ENF. H	2008	Gestão Hospitalar	2009
ENF. I	2007	Saúde do Trabalhador	2009
ENF. J	2003	Saúde da Família	Cursando
ENF. K	2009	Saúde Pública	2011

A população deste estudo é composta, em sua totalidade, por indivíduos do sexo feminino, variando na faixa etária entre 31 e 56 anos.

Todas as enfermeiras entrevistadas possuem curso de especialização, sendo que quatro delas tem dois cursos. E, das onze, oito são especialistas em Saúde Pública e/ou Saúde da

Família, ou referiram estar cursando esse último. Presume-se, então, que, em sua maioria, as enfermeiras das ESF de SCS tem conhecimento técnico sobre a área em que estão profissionalmente inseridas.

Durante os relatos das enfermeiras, um ponto que chamou a atenção foi o vínculo que algumas delas têm com os pacientes e famílias que atendem. Em algumas situações referidas esse vínculo parecia extrapolar os limites da atuação profissional, passando a ser algo pessoal e que envolvia sentimentos e expectativas dessas mulheres quanto ao desenrolar das situações de vida das pessoas com as quais havia tal envolvimento. Percebeu-se, por exemplo, o uso do veículo particular das enfermeiras para o transporte de usuários ou para o deslocamento, em serviço, devido a algum atendimento, sendo que o Município dispõe de ambulância e de carros da Secretaria de Saúde que podem ser utilizados para estes fins. Em outra ocasião, uma das entrevistadas relatou que já proveu materiais escolares e outros artigos para uma das crianças que era atendida por ela, na ESF, chegando mesmo a dizer que, de certa forma, a houvera “adotado”. O sentido de “adotado”, na sua fala, significava um grande investimento emocional, na medida em que a profissional tentava, pelo gesto de fornecer materiais escolares para aquela criança, que ela tivesse um desfecho melhor do que o de outros membros de sua família. Pensemos a que tipo de frustrações estão sujeitas estas mulheres, caso não vejam suas ações renderem os frutos por elas almejados? Existe, aí, uma das facetas do sofrimento do trabalho na enfermagem e com o qual essas profissionais têm de lidar diariamente: a impotência de mudar a realidade social (que, conseqüentemente, interfere na realidade de saúde) com a qual convivem.

Houve, na grande maioria dos encontros, referência por parte das enfermeiras a respeito da dificuldade em abordar os pacientes sobre o uso de drogas. Tanto aqueles que elas sabiam ou desconfiavam do uso, como os outros com os quais isso não acontecia. Além disso, expunham o receio de lidar com indivíduos intoxicados e/ou que pudessem expressar algum tipo de agressividade na sua conduta, apontando o fato de serem mulheres (e aí, entenda-se algo relativo à fragilidade), de estarem num espaço com recursos limitados, no caso de uma situação mais delicada, e, principalmente, de não se sentirem preparadas para o manejo de casos de usuários ou de dependentes de drogas, com demandas de atendimento mais imediatas. Percebeu-se, também, nos discursos da maior parte das entrevistadas, que havia o encaminhamento quase que imediato desses pacientes para o atendimento especializado do CAPSad. Em alguns casos, por solicitação da família, ou do próprio paciente por internação hospitalar (para desintoxicação), mas em outros, por iniciativa da profissional, no que parecia ser a conduta usual do serviço para aqueles casos. Esta última observação pode estar

relacionada com a anterior, de modo que o receio no atendimento desses pacientes tenha alguma participação na iniciativa do rápido encaminhamento para o CAPSad.

Houve duas ESF visitadas, nas quais as enfermeiras relataram preferência por não encaminhar os usuários de drogas de sua área para o serviço de referência, privilegiando o atendimento desses pacientes na própria Estratégia, na comunidade, conforme a avaliação de cada caso. A causa mencionada foi a dificuldade de aderência ao tratamento no CAPSad e a visão de que o vínculo com os profissionais da ESF e a proximidade do serviço com os pacientes favorecia a condução dos casos. Através destes relatos, foi possível perceber a importância que boa relação entre os membros da equipe representava para o atendimento desses usuários, na medida em que foram mencionadas as parcerias com o médico da equipe e com o NASF, além dos acadêmicos da faculdade de medicina que estagiavam nesses serviços, o que parece enriquecer tecnicamente a todos os que participam.

Quando questionadas sobre o seu envolvimento nas ações assistenciais aos dependentes químicos, as enfermeiras revelavam que, na sua visão, não tinham nenhuma atuação específica. Falavam que seu trabalho, nesses casos, eram fazeres relacionados ao acolhimento, à escuta e à orientação sobre os serviços de atendimento especializado e internação, disponíveis na rede, para o encaminhamento dos pacientes. Essas colocações vinham acompanhadas de um sentido de desqualificação, como se, para elas, este trabalho não tivesse grande importância. Transparecia um desejo e, até um dever, de atuar de forma mais resolutiva, mas, por algum motivo (que podem ser as condições oferecidas, como externaram algumas delas) o trabalho era realizado daquela forma, o que findava por gerar certo desapontamento. Este sentimento, também, pode estar relacionado a um desejo de “cura” da dependência química, como se esperam das demais “doenças” para as quais os tratamentos aplicados dão resultados em prazos relativamente predefinidos.

Outra questão observada quando as profissionais eram questionadas sobre suas atividades assistenciais com relação aos usuários de drogas, foi o uso do pronome “nós”, ao invés do “eu”. As enfermeiras falavam sobre as ações executadas, em sua maioria, colocando-se dentro da equipe e em nome dela. A partir dessa observação, surgiram duas questões: a internalização do senso de trabalho em equipe, interdisciplinar, como orienta a proposta da ESF e a “diluição” da identidade profissional dessas enfermeiras dentro da equipe, como se não houvesse mais a percepção de um fazer exclusivo delas, inerente aos saberes oriundos de sua formação, em relação a este público específico de usuários de SPA.

Percebeu-se, nas entrevistas, o sentimento de frustração de algumas enfermeiras por não estarem fazendo o trabalho com o usuário e com o dependente de drogas da forma como

gostariam, especialmente quando comparavam a assistência a eles prestada em relação àquela dispensada a pacientes com doenças crônicas para os quais o Ministério da Saúde tem programas específicos. Por outro lado, havia um orgulho por realizarem o que, para elas, era o possível nas condições de trabalho ofertadas pelo SUS, e, algumas vezes, além disso, na medida em que utilizavam de recursos próprios, como o seu automóvel, por exemplo. Observou-se que a maioria delas está identificada com a comunidade e com o trabalho em Saúde da Família.

Ainda sobre as atividades das enfermeiras, alguns discursos diziam da sobrecarga dessas profissionais com relação às tarefas diárias do trabalho, o que, segundo elas, lhes ocupava boa parte do tempo para planejar e executar outras atividades. Referiam-se, especialmente, ao cumprimento de metas exigidas nos programas do Ministério da Saúde e aos relatórios e outros documentos cujo preenchimento despendia especial atenção ao trabalho burocrático. Sobre os programas do Ministério da Saúde com os quais lidam, não houve menção a algum que estivesse relacionado ao público usuário de drogas.

Ao longo da realização das entrevistas, foi se observando que o quarto objetivo específico proposto no projeto de pesquisa, acabaria por ter seu alcance ampliado. O objetivo genuíno era: identificar, do ponto de vista dos enfermeiros se a sua formação acadêmica voltada à dependência química os capacitava tecnicamente. Entretanto, percebeu-se que devido à multiplicidade de fatores envolvidos na abordagem do problema relacionado ao uso de drogas e da proposta de atuação da ESF, segundo a atenção psicossocial, tecendo redes e envolvendo uma variedade de atores, a questão da formação vai além da acadêmica, passando a ser, também, profissional, com todo o conhecimento que se adquire após o término do período de graduação. Sob esse prisma, existe no relato das enfermeiras, o sentido da importância e da necessidade de toda a informação recebida através de palestras, capacitações, treinamentos e outros trabalhos, com vistas a atualizar e adquirir novos conhecimentos para melhorar a qualidade do trabalho voltado ao uso problemático de drogas.

Frente às entrevistas, às observações realizadas durante o trabalho de campo e às leituras realizadas pela pesquisadora acerca do tema, foram surgindo os sentidos de forma que, de acordo com o método de Spink (2000), foram organizadas categorias e subcategorias para operacionalizar o processo de análise por meio dos mapas de associação de ideias (Anexo D). Nos quadros abaixo, seguem as categorias (em negrito) e subcategorias constantes nos referidos mapas:

Capacitação na rede SUS	Formação acadêmica	Interação em rede
Por iniciativa das enfermeiras	Aprendizado teórico	ESF e CAPS II
	Carência de vivência prática	Referência/contrarreferência
		NASF
		Empresas
		Desinformação sobre internação AD
		Rede não comporta a demanda
		UNISC
		CIEE

Vínculo	Insegurança Técnica	CAPS AD
ESF/Paciente	Dificuldade abordagem/manejo	Da ESF ao CAPS AD
ESF/Família	Aprende na prática	Não aderência ao tratamento
ESF/Bairro	Desqualificação do trabalho	Pouco resolutivo
	Frustração	Dificuldades na comunicação
	Atuação limitada	
	Medo (APM)	
	Busca conhecimento por si	
	Majoria das ESF encaminha DQ	

Queixa e demanda em relação à DQ	Motivos do uso de drogas	O usuário de drogas
Pouca/Nenhuma experiência DQ	Alívio do sofrimento	Doente
A família pede ajuda, não o dependente	Genéticos/ Fisiológicos	Precisa de ajuda
DQ chega por queixas clínicas	Estrutura familiar fragilizada	Sentimento de Pena
DQ procura ESF para internar	Meio social desfavorável	Pessoa fraca
	Cultura do local/bairro	
	Falha do sistema educacional	
	Opção pessoal	
	Curiosidade	

Trabalho na ESF	Entorno social da ESF
Grupos preventivos	Violência
Sobrecarga de tarefas	O medo dos enfermeiros
Acolhimento	Tráfico de drogas
Trabalho em equipe / falam "nós"	
A demanda DQ chega pelo ACS	
ESF atende o que o MS preconiza	
Não há trabalho voltado à DQ nas ESF	
Visão positiva do seu trabalho, no geral	

Durante o processo de realização da pesquisa, ao longo do ano de 2013, o Uruguai, país que faz fronteira com o Brasil, sofreu mudanças em sua legislação sobre drogas, tornando-se, em dezembro, o primeiro país da América Latina a ter legalizados e regulados plenamente

pelo Estado, a produção, o comércio e o consumo de *Cannabis* (planta originária da maconha), para fins médicos, industriais e recreativos. Este país descriminaliza e regula o uso da maconha através de uma série de normativas que, dentre outras determinações: proíbem a publicidade, o consumo em lugares públicos e a venda para menores de 18 anos de idade, preveem sanções para condutores que dirigirem sob o efeito dessa substância, determinam locais para aquisição e definem o destino do imposto cobrado sobre a maconha, para os quais estão previstos o uso em campanhas de educação e prevenção ao uso problemático de drogas e no tratamento de pessoas adictas<sup>1,2</sup>. Visto este panorama, é provável que o Brasil, devido à repercussão desta lei e à proximidade de fronteira, passe a reavaliar sua política de drogas, o que implica em voltar-se às questões de saúde, no que diz respeito à prevenção, tratamento e reabilitação em relação ao uso e aos usuários de substâncias psicoativas, bem como avaliar a implementação desses processos nos serviços da rede SUS. Assim, este estudo torna-se útil a este propósito.

---

<sup>1</sup> Reforma a las Leyes de drogas en América Latina (Acesso em: 20 dezembro 2013). Disponível em: <http://www.druglawreform.info/es/informacion-por-pais/uruguay>;

<sup>2</sup> Proyecto de Ley (Acesso em: 20 dezembro 2013). Disponível em: <http://www.regulacionresponsable.org.uy/proyectoLeyRegulacion.pdf>

**CAPÍTULO III**

**ARTIGO 1**

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SOBRE  
FORMAÇÃO E CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS.**

(Proposto para submissão à Revista Brasileira de Enfermagem)

**Dependência química na Estratégia de Saúde da Família: sobre formação e concepções dos enfermeiros<sup>3</sup>.**

Chemical dependency in the Family Health Strategy: about training and conceptions of nurses.

Dependencia química en la Estrategia de Salud de la Familia: acerca de la formación y concepciones de los enfermeros.

Letícia Figueiró Fontoura<sup>2</sup>, Edna Linhares Garcia<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Artigo originado da dissertação de mestrado “O Enfermeiro e o Cuidado à Dependência Química na Estratégia de Saúde da Família”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Promoção de Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, em 2014, na cidade de Santa Cruz do Sul/RS.

<sup>2</sup>Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Promoção de Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. E-mail: le.fontoura@yahoo.com.br

<sup>3</sup>Doutora, Professora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Promoção de Saúde e do Departamento de Psicologia da UNISC. Coordenadora da pesquisa “A realidade do *crack* em Santa Cruz do Sul”.

**RESUMO:** Objetivo: identificar as concepções que sustentam os discursos e as práticas dos enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família no contexto da relação de cuidados com pacientes dependentes químicos e identificar, do ponto de vista dos enfermeiros, se a formação voltada à dependência química os capacita tecnicamente. Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, realizado nas Estratégias de Saúde da Família de município do interior do Rio Grande do Sul. Sobre as entrevistas realizadas, procedeu-se a análise da produção de sentidos. As concepções dos enfermeiros sobre drogas remetem aos modelos psicossocial, moral, ético-legal e médico. Os sentidos dos discursos revelam o despreparo técnico das enfermeiras em relação à dependência química, atribuída à lacuna na formação acadêmica, bem como a necessidade da Educação Permanente. Analisou-se o alinhamento entre as Diretrizes Curriculares de Graduação em Enfermagem e as políticas de Atenção Básica e sobre Drogas, contextualizando os sentidos sobre formação.

**Descritores:** Enfermagem, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Educação em Enfermagem.

Abstract: Purpose: to identify the concepts which underpin the speeches and nurses' practices in the Family Health Strategies (FHS) in the context of chemical dependent patients' care and also to identify, from the viewpoint of nurses, if the training focused on chemical dependency makes them technically skilled. Descriptive and exploratory study with a qualitative approach performed with nurses in the FHS in cities of Rio Grande do Sul. The data was analyzed according to the senses production. The nurses' conceptions about drugs refer to the psychosocial, moral, ethical, legal and medical model. The senses of the speeches reveal the lack in technical preparation of nurses related to chemical dependency and this occurs because of some gaps in academic studies, as well as the need for Continuing Education. The relation between the curriculum guidelines of Nursing and the Primary Care Policies and about drugs was analyzed, contextualizing the senses about training.

Key words: Nursing, Substance-Related Disorders, Family Health, Primary Health Care, Education Nursing.

Resumen: Objetivos: Identificar las concepciones que respaldan los discursos y las practicas de los enfermeros de las Estrategias de Salud de la Familia (ESF) en el contexto de la relación de cuidados a los pacientes dependientes de sustancias químicas, además identificar, desde el punto de vista de los enfermeros, si los mismos estan capacitados y tienen habilidad tecnica para actuar en la dependencia quimica. Estudio descriptivo exploratorio con abordaje cualitativa, realizado en las ESF de un municipio de Rio Grande do Sul. En las entrevistas se empleó el analisis de la producción de sentidos. Las concepciones de los enfermeros respecto a las drogas remiten a los modelos

psicosocial, moral, ético-legal y médico. Los sentidos revelan el despreparo técnico de las enfermeras hacia la dependencia química asociado a cuestiones de la formación profesional y la necesidad de Educación Continua. La alineación entre las directrices de los currículos de graduación en enfermería y las políticas de atención primaria y sobre drogas fueron analizadas considerando los sentidos acerca de la formación.

Palabras clave: Enfermería, Trastornos Relacionados con Sustancias, Salud de la Familia, Atención Primaria de Salud, Educación en Enfermería.

## INTRODUÇÃO

As substâncias psicoativas (SPA) são velhas conhecidas da sociedade, pois desde épocas remotas o ser humano as utiliza. O que primeiramente era tolerado pelos grupos sociais, especialmente nas práticas religiosas, místicas e em rituais de cura, contemporaneamente, ganhou status de problema de saúde pública devido à magnitude dos efeitos deletérios que o uso abusivo dessas substâncias (lícitas e ilícitas, conforme a legislação do país) causa na saúde, no contexto cotidiano dos indivíduos e das coletividades e, principalmente, nos gastos do poder público<sup>(1-2-3)</sup>. Temos uma ideia do problema ao considerarmos os acidentes de trânsito que, mundialmente, são a segunda causa mais comum de mortes na faixa etária entre 5 e 29 anos. Estudo realizado no Brasil, com 3.398 condutores de veículos, apontou que 4,6% deles haviam feito uso de alguma substância ilícita, apresentando resultado positivo nos testes realizados<sup>(4)</sup>.

Frente à dimensão dos danos causados pelo uso de SPA à saúde da população, o governo brasileiro, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma nova forma de abordagem da questão do uso de drogas lícitas e ilícitas e dos problemas a elas relacionados<sup>(5)</sup>. Alinhada aos ideais da Reforma Psiquiátrica brasileira, a proposta da ESF visa à reorientação do modelo assistencial, trabalhando para além das práticas curativas centradas na hospitalização. O foco da atenção passam a ser ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças direcionadas para o usuário, seu núcleo familiar e o contexto no qual estão inseridos<sup>(5-6-7)</sup>. A equipe multiprofissional, a prática interdisciplinar, a programação de ações em saúde voltadas a uma população adscrita, o estabelecimento de vínculo com os usuários e a corresponsabilização dos profissionais concernem à ESF, que também tem objetivo organizar e controlar a demanda espontânea por ações e serviços de saúde no SUS<sup>(5-7)</sup>.

Em 2003, o Ministério da Saúde incluiu o consumo de drogas que, até então, circulava na área de segurança pública, na esfera de saúde pública, por meio da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Passa a ser responsabilidade do SUS o atendimento integral dos usuários de SPA, orientado para a prevenção, tratamento e reabilitação visando evitar

internações desnecessárias, reduzir a exclusão e a falta de cuidados, em franca mudança do modelo centrado no hospital psiquiátrico. Nesse contexto que rompe com o modelo biomédico, a ESF passa a ser a primeira porta de acesso ao sistema de saúde e a peça estruturante da Atenção Básica<sup>(8-9)</sup>, com profissionais supostamente capazes de avaliar os casos e identificar a necessidade de intervenção nesse âmbito.

O enfermeiro da ESF atua na função do cuidar pautado na promoção da saúde estando, diariamente, vinculado aos usuários, famílias e grupos sociais<sup>(3)</sup>. A ESF é ambiente privilegiado ao enfermeiro que, por meio da observação e do contato com os pacientes, desenvolve potencial para identificar usuários de drogas. Esse profissional deve utilizar suas competências no desenvolvimento de planos de cuidados individualizados e outras intervenções, conforme sua avaliação de uso abusivo ou dependência, atuando como mediador no início e na manutenção do tratamento, com relevante papel nas condutas terapêuticas<sup>(10-9)</sup>.

A problemática referente às drogas vai além do acesso e do consumo em si, pois é acompanhada da força dos rótulos, envolvendo questões ideológicas<sup>(1)</sup>. Assim, é importante considerarmos as concepções dos enfermeiros a respeito do uso de drogas porque influenciam seu papel perante esse fenômeno e repercutem na prestação do cuidado. Ainda nesse panorama, cabe questionarmos sobre a formação profissional relativa ao uso de SPA, referente à capacidade técnica dos enfermeiros em abordar esse tema de forma segura visando atuar conforme a política de saúde vigente, cujo objetivo é diminuir os encaminhamentos para atenção especializada, atendendo pacientes menos graves no território da ESF. Recentes pesquisas brasileiras apontam questões preocupantes relativas à formação do enfermeiro sobre a temática de drogas<sup>(3-6-9)</sup>. Uma delas<sup>(9)</sup>, inclusive, indica a necessidade de tratar dessa questão no campo da Saúde da Família, especialmente no Rio Grande do Sul, onde os estudos sobre drogas abordam, sobretudo, os grupos escolares e universitários. Estes autores enfatizam a importância de investigações com perspectivas regionais, dada a diversidade de contextos sociais e de saúde, num país continental como o Brasil.

Este artigo é um recorte da pesquisa “O Enfermeiro e o Cuidado à Dependência Química na Estratégia de Saúde da Família” desenvolvida no Mestrado em Promoção de Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul. Tem por objetivo identificar as concepções que sustentam os discursos e as práticas dos enfermeiros das ESF no contexto da relação de cuidados com pacientes dependentes químicos e identificar, do ponto de vista dos enfermeiros, se a sua formação voltada à dependência química os capacita tecnicamente. Realiza-se uma análise tentando evidenciar como a formação acadêmica pautada nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem está articulada ou implicada nas políticas públicas que têm orientado para o cuidado psicossocial.

Tomam-se as referidas Diretrizes, que objetivam formar profissionais para o SUS, para problematizar os sentidos que os entrevistados produzem sobre suas práticas.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, realizado nas ESF de um município do interior do Rio Grande do Sul. A amostra constituiu-se de onze enfermeiros atuantes nas referidas equipes de saúde de modo que, ao concordarem em participar do estudo, receberam explicações referentes aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob CAEE nº 07942212.8.0000.5343.

Os dados foram coletados entre novembro de 2012 e janeiro de 2013 e obtidos por meio de entrevista semi-estruturada composta, inicialmente, por informações de identificação, seguidas de três questões semi-estruturadas e de nove perguntas abertas a respeito de formação profissional, drogas e atendimento à dependência química na ESF e na rede SUS. As entrevistas foram gravadas em mídia digital e, posteriormente, transcritas e trabalhadas a partir do procedimento de análise da produção de sentidos, conforme Spink<sup>(11)</sup>, método que interpreta os sentidos que são produzidos a partir dos discursos dos sujeitos da pesquisa.

Realizou-se a imersão no conjunto das informações coletadas e, a partir do diálogo entre os sentidos construídos durante o processo de pesquisa e interpretação com aqueles originados de leituras realizadas para familiarização do pesquisador com o tema de estudo, surgiram as categorias de análise<sup>(11)</sup>. A partir delas, desenvolveram-se mapas de associação de ideias, nos quais foram organizadas as entrevistas, preservando-se a sequência das falas para a compreensão dos contextos nas quais estavam inseridas<sup>(11)</sup>.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Em relação aos sujeitos da pesquisa, observou-se a totalidade do sexo feminino e faixa etária entre 31 e 56 anos. Todas referiram ter curso de especialização e, oito, dentre elas, na área de Saúde Pública ou Saúde da Família.

As categorias em análise nesse artigo são: motivos do uso de drogas, o usuário de drogas, educação dos profissionais na rede SUS e formação acadêmica. Utilizaram-se os modelos teóricos explicativos trazidos por Pillon e Luís<sup>(12)</sup> para discutir as concepções dos enfermeiros sobre o uso de drogas.

### **Motivos do uso de drogas**

A análise das entrevistas evidencia que as enfermeiras concebem o uso de drogas como consequência das “desestruturas” familiar e do meio social no qual estão inseridos os usuários. O uso do termo “desestrutura” remete à desordem, desagregação e instabilidade. Para elas, a

perturbação causada pela perda dos referenciais familiar e social teria relação com o uso de drogas. Recente pesquisa realizada com enfermeiros<sup>(9)</sup>, na região metropolitana de Porto Alegre, revelou que aqueles profissionais, igualmente, entendem o uso de álcool e outras drogas como relacionado às questões de base familiar e problemas sociais.

*“Eu acho que isso acontece porque tem uma desestrutura familiar e esse jovem, principalmente o jovem, ele vai pra rua e começa a se relacionar com outros jovens que já tão nesse meio e... Eu acho que a coisa começa por aí, sabe? Começa com uma desestrutura dentro de casa, que acaba afastando cada vez mais a pessoa ou o jovem dessa família e dá oportunidade pra que ele tenha acesso a essas coisas, entende?”* (Enf. H)

*“Isso é o embasamento todo que eles têm, desde casa, né, desde a cultura da família. Assim, se eles veem o pai alcoolizado, o pai drogado dentro de casa, a mãe alcoolizada, como a gente tem várias famílias que acontece, o que é que vai sobrar pro filho?”* (Enf. J)

Essas concepções têm relação com o modelo psicológico, ou psicossocial, o qual envolve, além de questões de personalidade, o aprendizado social e a interação familiar. Nessa perspectiva, o comportamento social seria um aprendizado realizado mediante observação e imitação, o que explicaria padrões de consumo de drogas por filhos de usuários, especialmente naqueles com frágeis relações sociais. A manutenção desses padrões dá-se por fatores cognitivos, pela influência de modelos, por expectativas e por reforços que o meio faz a esses comportamentos<sup>(12)</sup>. Para essa abordagem, o usuário figura ativamente na sua dependência, influenciado pelo ambiente social, devendo a intervenção terapêutica acontecer no contexto da interação entre substância e indivíduo<sup>(13)</sup>, focada no papel funcional que a droga desempenha em sua vida<sup>(14)</sup>.

Observaram-se discursos cujos sentidos remetem ao modelo médico. Nesses casos, o uso de drogas é visto como imperativo à vontade do indivíduo, pelas alterações fisiológicas causadas ao organismo. Ao atribuir às SPA a responsabilidade do dano percebido no paciente, torna-se mais fácil para as enfermeiras aceitar a condição de uso ou dependência. Essa é uma forma de justificar possíveis ideias preconceituosas a respeito dos usuários de drogas, das quais elas mesmas se acusam.

*“Mas eu acho que um dos motivos maiores é pelo prazer que a droga acaba proporcionando, né? Que ela leva a um êxtase, assim, a uma euforia e que, cada vez, a pessoa busca mais esse momento de prazer. Então, assim, um pouco pra fugir dos problemas. [...] Então, pra mim, até o momento em que não tinha uma explicação fisiológica, assim... Né? Ficou bem claro, bem... Porque a gente tem muito preconceito. Tem! Tanto o profissional, quanto as pessoas, tem, não adianta dizer que não, a gente tem um preconceito, né?”* (Enf. E)

*“Ai, olha, isso é muito... Ãã, a gente, antes de trabalhar nessa área, na saúde, antes de conviver, de saber todo um contexto, a gente acha que é sem-vergonhice, que é falta do que fazer, que é má companhia.”* (Enf. J)

Segundo o modelo médico ou de doença, a dependência de SPA é uma entidade nosológica, que tende a progressão, com manifestações orgânicas, observada como um grupo de sintomas clínicos e que implica tratamento médico. O comportamento de uso de drogas vincula-se a fatores biológicos, genéticos e outros de natureza química. A terapêutica tem a abstinência total da substância como forma de recuperação<sup>(12)</sup>. Em pesquisa realizada no Rio de Janeiro<sup>(1)</sup>, em uma faculdade de enfermagem, constatou-se que os professores também compreendiam o uso de drogas como uma doença, devendo ser tratada de maneira específica.

Para uma das enfermeiras, o uso de drogas significa a opção entre o bem e o mal, cabendo as consequências, exclusivamente, ao sujeito. O sentido desse discurso alude ao modelo moral, segundo o qual o indivíduo é responsável pelo início, desenvolvimento e solução do problema com drogas, bastando que, para um desfecho favorável, ele seja apropriadamente estimulado<sup>(12)</sup>. Existe a culpabilização da pessoa, tanto referente ao desenvolvimento do problema, quanto a sua incapacidade em modificar valores e comportamentos sociais para resolvê-lo<sup>(12-13)</sup>, o que sugere, então, alguém moralmente fraco.

*“Eu entendo que é por opção. Eu que opto o que eu quero da minha vida, se eu quero ir pro caminho errado, caminho do bem ou do mal. Se tu optou pelo mal, tu vai sofrer as consequências, né?”* (Enf. C)

O enfermeiro pode ter dificuldades no estabelecimento de uma aproximação empática com o paciente, decorrente da revolta moral, posterior a um julgamento por ele realizado. Nesse sentido, manter uma atitude imparcial, evitando sentenciar o usuário de drogas, é condição importante para aquele cuja função é assisti-lo<sup>(2)</sup>.

### **O usuário de drogas**

As enfermeiras concebem o usuário de drogas como paciente crônico, vinculando o uso e abuso de substâncias a um diagnóstico médico. Os discursos evidenciam que as profissionais são sensibilizadas pelo contexto de vida do paciente e da família, enxergando-o com certa vulnerabilidade.

*“Hoje, o meu ponto de vista é outro em relação ao usuário de drogas. A primeira coisa que eu penso dele é que ele é uma pessoa, um paciente, um paciente como aquele que tem o problema renal, o hipertenso. Isso que eu penso, ele é um paciente que tá doente, uma pessoa que tá doente e que precisa de ajuda.”* (Enf. E)

*“Mas, o primeiro momento, assim, eu tenho muita pena, sabe? Me dá pena de ver como aquela pessoa se transforma, fica naquele estado, atirado na sarjeta.”* (Enf. J)

Cabe ao enfermeiro olhar o sujeito além do diagnóstico, para que não o reduza a um conjunto de sintomas, deixando de percebê-lo enquanto pessoa<sup>(2,1)</sup>. Segundo as Diretrizes Curriculares da Enfermagem, estão entre as habilidades e competências específicas desse profissional a identificação das necessidades individuais de saúde e a prestação de cuidados compatíveis com elas<sup>(15)</sup>, considerando a assistência integral.

Seguindo na perspectiva do modelo médico, o sentido que emerge do discurso de algumas entrevistadas remete a necessidade de isentar de culpa os usuários de SPA que cometem ato criminoso, na medida em que os consideram vítimas da substância utilizada (e da doença por ela causada). Desse modo, é atribuída à dependência química a responsabilidade por esses atos. A relação com o referido modelo aparece na medida em que os indivíduos são patologizados, não implicados nos processos de adoecimento e, sim, entendidos como vítimas deles. Tende-se a considerar mais a dependência química, do que o contexto e os fatores anteriores que nela culminaram. Isso exemplifica a diferença entre essa abordagem e a psicossocial, na qual o sujeito é considerado ativo<sup>(14)</sup>.

*“Porque aqui nós tamos falando em drogas. Não drogas assim, maconha, cocaína, crack, mas o álcool que é das principais drogas, né? E aceita pela sociedade e que muitas pessoas assim, que não tão na nossa área ‘ah, ele é um bêbado, ele é um sem vergonha, bebe porque é um sem vergonha, é usuário de crack porque rouba pra consumir a droga’. Não, ele rouba porque ele é um doente, porque ele precisa, porque o organismo dele precisa daquela droga e ele tá dependente, é doente, né?”* (Enf. K)

Divergindo da percepção anterior, que desculpa o usuário infrator e responsabiliza o ente droga, vieram à tona sentidos diferentes em relação a usuários que estão e que não estão envolvidos em questões policiais, como se os primeiros fossem menos doentes do que os últimos:

*“Eu caracterizo como um doente porque é uma pessoa que ela precisa de um cuidado, não é, simplesmente, um drogado. Se aquele drogado, que ele é usuário, que ele acaba vindo te pedir ajuda, que ele não parte pro outro contexto da vida na questão de roubos e etc e tal, então, tu cuida dele como um doente, realmente como um dependente químico.”* (Enf. I)

Essas ideias relacionam-se ao modelo ético-legal, para o qual cabem penas legais às infrações associadas ao uso de drogas. Essa abordagem tem caráter repressivo e carregado de princípios morais direcionados à relação existente entre a pessoa e a droga, não havendo maior investigação sobre os determinantes do processo de uso/dependência. As intervenções propostas por esse modelo têm caráter punitivo e se vinculam aos sistemas policial, jurídico e legislativo<sup>(12,13)</sup>.

Esse paradigma relaciona-se a julgamentos de valor, requisitando especial atenção do profissional em seu trabalho com usuários de SPA de forma a não marginalizá-los, sob o risco de ferir a ética numa possível abordagem inadequada<sup>(16)</sup>, por classificá-los no grupo que merece ou não merece cuidado, segundo seu arbítrio.

Durante a formação dos enfermeiros, a transmissão de ideias sobre o uso de drogas como doença faz com que concebam essa questão com tendência à medicalização e à institucionalização<sup>(1)</sup>, percebendo o indivíduo como paciente de uma enfermidade tratada nos moldes hospitalares. Esse entendimento da dependência química enfatiza o poder social dos profissionais de saúde, no momento em que o adoecer e o curar estão no seu domínio de conhecimento<sup>(6)</sup>. Desse ponto de vista, podem ocorrer abordagens mais rígidas e deterministas como aquelas seguidas nos protocolos de tratamento para algumas patologias, nos quais o uso de determinado fármaco é capaz de obter resultado prenunciado. Em dependência química, esse tipo de condução pode fazer com que não se atribua a devida importância à perspectiva subjetiva. Igualmente, pode não surtir o efeito desejado de cura ou remissão, como seria o previsto nos referidos protocolos, uma vez que, para intervir no uso de drogas, há de se considerar unicamente cada indivíduo na complexidade de sua relação com a substância. Assim, o profissional que não estiver preparado para um lapso ou recaída do paciente, pode se frustrar ao considerar seu investimento perdido.

Com relação às concepções dos enfermeiros sobre drogas, não houve referência ao modelo sociocultural nas entrevistas. Esse modelo considera o uso de SPA como produto de contradições sociais, ambientais e econômicas, de forma que a ação se faz no contexto do usuário. Esse sistema apoia-se na intervenção sobre o padrão de uso da droga, pautado no controle dos danos gerados pelo seu abuso, não possuindo, porém, a exigência da abstinência. Trabalha com a perspectiva de redução de danos, enfatizando ações preventivas<sup>(13)</sup>. A estratégia de redução de danos, conhecida dos programas de controle de transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana entre usuários de drogas injetáveis, foi adotada pelo Ministério da Saúde, em 2003, como parte da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas<sup>(14)</sup>. Posteriormente, foi contemplada na Política Nacional sobre Drogas, com orientações e diretrizes para a sua implementação na esfera da saúde pública<sup>(17)</sup>. Além disso, faz parte das ações em saúde, que devem ser realizadas em âmbito individual e coletivo, segundo a Política Nacional de Atenção Básica<sup>(18)</sup>. Nos últimos anos, tem sido a estratégia preconizada para atendimento aos usuários de drogas no SUS. No entanto, essa abordagem não emergiu como sentido nos discursos das enfermeiras entrevistadas. Ratificando esse achado da nossa pesquisa, outro estudo qualitativo realizado com profissionais das ESF, em Santa

Catarina<sup>(14)</sup>, não verificou referências que remetessem ao modelo sociocultural, ou às ações em redução de danos.

### **Formação acadêmica**

Houve unanimidade na referência de dificuldades relativas aos conhecimentos em dependência química provenientes da graduação, o que, segundo as enfermeiras, interfere na prática do cuidado aos usuários de drogas na ESF. Nesse contexto, entende-se que a resistência em lidar com o tema drogas está na mesma proporção do conhecimento exigido para uma intervenção eficaz nessa área<sup>(2)</sup>, sendo, para elas, um desafio. Os sentidos referentes aos cursos de pós-graduação realizados pelas entrevistadas não foram relacionados à resolução de tais dificuldades.

O tema do uso de drogas ainda é abordado de maneira insuficiente nos currículos dos cursos de Enfermagem<sup>(3,10,16)</sup>, existindo a preocupação de sua inclusão no intuito de melhor qualificar os profissionais. Para isso, sugere-se que os cursos insiram essa matéria no cotidiano das disciplinas, nas pesquisas e nos trabalhos de extensão universitária<sup>(10)</sup>. É relevante a discussão sobre drogas no ambiente acadêmico, por ser um assunto passível de muitas análises. Considerando, ainda, a sua inserção em múltiplos contextos (social, econômico, de saúde, jurídico, etc), importa trabalhar os conceitos sobre esse tema para que se avaliem novas posturas, individuais e coletivas, que contribuam para a mudança do atual cenário relacionado à dependência química.

Os sentidos produzidos nos discursos das enfermeiras estudadas demonstram haver uma carência na formação em saúde mental. Para elas, o ensino enfatiza as doenças mentais em detrimento de conteúdos relacionados à dependência química e privilegia o foco médico-hospitalar.

*“Porque, na época, também, a nossa parte de psiquiatria, de saúde mental foi bem... É uma coisa bem básica. E aí, tu trabalha mais, a nossa formação foi mais em foco hospitalar mesmo. [...] Então, foi só duas semanas de estágio, então, não te dá suporte nenhum pra tu atuar com o dependente químico, nem com o paciente com sofrimento psíquico.”* (Enf. F)

O ensino profissional de médicos e enfermeiros é fortemente baseado na lógica tradicional, biomédica e reducionista que destaca mais a doença do que a saúde. Temas como a drogadição, influenciados por diversas e complexas variáveis, por vezes, não são adequadamente tratados, sendo abordados na perspectiva de protocolos diagnósticos e intervenções medicamentosas, que não abarcam o amplo contexto no qual essa problemática está inserida<sup>(6)</sup>. Nessa conformação, aspectos de vida, trabalho, educação, família e de outros elementos implicados no planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde podem escapar aos profissionais<sup>(6)</sup>. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem primam pela formação que atenda às necessidades sociais e de saúde, garantindo a assistência integral, humanizada e de qualidade<sup>(15)</sup>. Nesses moldes, estão alinhadas com os princípios que orientam a organização da Atenção Básica e

com a Política Nacional sobre Drogas, de acordo com o SUS <sup>(18-17)</sup>. Então, cabe questionarmos: onde está e por que ocorre o nó crítico, revelado nas percepções das enfermeiras sobre uma formação insuficiente para abordagem da dependência química, num contexto teoricamente favorável em termos de políticas públicas de saúde harmonizadas com as Diretrizes Curriculares?

Observa-se na fala das enfermeiras a carência de prática no cuidado aos usuários de SPA, indicando uma formação predominantemente teórica nessa área:

*“Então, do que eu aprendi na universidade? Mais a parte teórica, assim. Eu não posso te dizer, assim, que... realmente, como funciona o processo. Eu acho que foi quatorze dias, tu não vivencia muita coisa.”* (Enf. G)

*“Porque na faculdade, são muitas coisas que são pinceladas, tu não chega a ir fazer um estágio, tu fica mais na parte teórica e não prática. Eu acho que o que te enriquece mais é a prática, de tu ver, de tu trabalhar, de tu saber como agir com um dependente químico.”* (Enf. I)

Pesquisa realizada com profissionais de enfermagem<sup>(3)</sup> demonstrou que quando a experiência prática e teórica na abordagem do uso e dependência de drogas é insuficiente, a intervenção do enfermeiro tende a ser limitada, ficando, então, prejudicada. Em outro estudo<sup>(1)</sup>, verificou-se que os participantes adquiriram conhecimentos a respeito de drogas durante a carreira profissional, sendo que sua formação não forneceu o aporte técnico e as habilidades necessárias para lidar com a dependência química. A base para uma atuação segura e eficiente, adquirida por meio de conjugação sólida entre teoria e experiência prática, é o que se espera receber no processo de formação. Entretanto, referente às drogas, é preciso considerar a complexidade dos fatores que envolvem o início do uso e as consequências do problema. Tendo em vista a dinamicidade dessa questão, a respeito dos valores sociais a ela relacionados, às diversas novas drogas que surgem, às leis que regulam seu consumo e à maneira como as famílias e as culturas diversas lidam com ela, podemos questionar se o profissional enfermeiro estaria preparado, considerando somente a formação acadêmica. Preparar-se para trabalhar com esse tema deve incluir o seu entendimento sociocultural, numa perspectiva dinâmica. É na prática que se observam as interações indivíduo-droga-sociedade, o que não significa dizer que a formação acadêmica seja eximida de fornecer subsídios teóricos e práticos, mas chamar a atenção para o papel da Educação Permanente (EP), contribuindo com a atualização dos conhecimentos de forma a relacioná-los e aplicá-los às demandas dos serviços, dentre as quais figura, notavelmente, o uso de SPA. Assim, compreende-se a referência dos enfermeiros a respeito do aprendizado na prática e da carência na formação acadêmica, como ocorre nesse estudo e no que foi, anteriormente, comentado<sup>(1)</sup>.

Relativo à formação na área da saúde, desde 2005, o Ministério da Saúde implementa o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com o

objetivo de inserir os estudantes de graduação dos cursos dessa área no ambiente dos serviços do SUS. Por meio da integração ensino e serviço, proporciona ao longo de toda a formação dos alunos o processo ensino-aprendizagem com ênfase na atenção básica. Assim, oportuniza a compreensão ampliada dos determinantes de saúde-doença, com os estudantes presentes nos serviços, vivenciando a articulação diária com os vários atores e dispositivos da rede. Uma das estratégias do Pró-Saúde é o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde, o PET-Saúde. A iniciativa promove grupos de aprendizagem tutorial, conforme as necessidades estratégicas do SUS, qualificando os profissionais de saúde do próprio serviço, além de ser instrumento de formação e de iniciação ao trabalho para os graduandos dos cursos da área da saúde<sup>(19)</sup>.

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem<sup>(15)</sup>, o perfil do egresso do curso é o enfermeiro com formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, capaz de conhecer e intervir sobre os problemas e situações de saúde-doença de maior prevalência. Conforme orienta esse documento, a formação deve fornecer conhecimentos para que o profissional seja competente para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, em nível individual e coletivo; para avaliar e tomar decisões sobre as condutas mais adequadas; também para diagnosticar problemas de saúde, comunicar-se e trabalhar em equipe, enfrentando situações em constante mudança. Além disso, refere que o enfermeiro deve estar apto a responsabilizar-se pela qualidade da assistência de enfermagem nos vários níveis de atenção à saúde, numa perspectiva integral. Sobre os conteúdos para a Graduação em Enfermagem, as Diretrizes mencionam como essenciais: ciências biológicas e da saúde, ciências humanas e sociais, e as ciências da enfermagem, que devem contemplar fundamentos, administração, ensino e assistência de enfermagem. Essa última, abordando questões da assistência, em nível individual e coletivo, aos indivíduos em todas as fases da vida. Ademais, é obrigatório o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, na rede básica de saúde e nas comunidades<sup>(15)</sup>.

As Diretrizes são claras sobre o perfil do profissional que deverá ser formado, nas habilidades e competências que deve desenvolver para o exercício da profissão, com qualidade, seguindo os preceitos éticos e atendendo às necessidades sociais de saúde, na perspectiva do SUS. Entretanto, apesar da questão de saúde mental e de uso prejudicial de SPA estarem contempladas nessas orientações, entendidas como parte da assistência de enfermagem ao adulto, não há nesse conjunto de normas item que trate, objetivamente, sobre a carga horária ou a especificidade de conteúdos referentes a esses temas. Logo, fica a cargo das instituições a organização das disciplinas e dos estágios nas áreas específicas, pautada nas Diretrizes, sim, mas, de acordo com o projeto pedagógico de cada curso.

Na área da Enfermagem, são necessários profissionais capacitados e que sejam competentes na atenção às necessidades dos pacientes com problemas relacionados ao uso de SPA<sup>(10)</sup>. Faz parte do papel da instituição de ensino oferecer, ao longo da graduação, as condições para que sejam adquiridas, pelo estudante, as competências necessárias à prática de sua futura profissão<sup>(1)</sup>.

### **Educação dos profissionais na rede SUS**

As enfermeiras sentem necessidade de mais suporte técnico para lidar com pacientes usuários de SPA. Por iniciativa própria, durante uma das suas reuniões de equipe, organizaram palestra com o psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), para a abordagem dessa temática, por considerarem o que é oferecido pelo gestor como insuficiente para suprir a necessidade de conhecimentos. Assim como nesse estudo, em outra pesquisa realizada no Rio Grande do Sul<sup>(9)</sup> foi constatado que os enfermeiros buscavam o aprendizado sobre SPA por conta própria, visto que a eles não eram oferecidos cursos ou capacitações sobre esse assunto.

*“Tipo um treinamento pra, alguma coisa assim, pra lidar com este tipo de pacientes, que eu me lembre, não. E eu já tô há um bom tempo. [...] A gente organizou aqui no posto, agora, uma capacitação com o psiquiatra do CAPSad, eu convidei ele pra vir aqui, numa reunião de equipe nossa, pra falar sobre como a gente lidar, como é que funciona todo esse processo, né, do uso de drogas e tal.”* (Enf. B)

*“A própria coordenação organiza ou o Município tem, por exemplo, a semana da saúde mental e aí a gente participa e tem algumas falas, às vezes, alguma coisa. Agora, um curso, especificamente, que tu vá fazer... Porque tudo é uma questão muito superficial, digamos assim, entende?”* (Enf. D)

A assistência ao usuário de drogas é diferenciada em relação às outras áreas de atuação na enfermagem, pelos muitos significados ligados às substâncias psicoativas, pelo intenso contato com a família e por características inerentes ao público alvo. Na atenção aos transtornos relacionados ao uso de SPA, o enfermeiro necessita ser qualificado para que identifique as situações problemáticas e intervenha realizando atendimentos individualizados, por meio da consulta de enfermagem, aconselhamento e, também, atividades de educação<sup>(10)</sup>. Ocorre que a formação dos profissionais de saúde nessa área é, muitas vezes, baseada somente na investigação de causas e fatores de risco, sem, no entanto, orientá-los sobre como atuar preventivamente nesses elementos<sup>(6)</sup>.

A percepção sobre a necessidade e os benefícios da aquisição de mais conhecimento sobre dependência química, para prestar melhor assistência aos pacientes, é evidenciada nas falas:

*“Então, em primeiro lugar, eu acho, pra que a gente pudesse desenvolver qualquer ação em relação ao paciente dependente químico, a gente teria que ser capacitado porque é uma abordagem diferenciada, é um cuidado diferenciado, é um bem olhar diferente.”* (Enf. E)

*“Então, eu acho que tá, até a própria estrutura da equipe, assim, eu acho que a gente deveria receber, ter uma capacitação de como funciona, com toda a equipe, né? Pra poder atender melhor, tanto o familiar, como o paciente, o usuário.”* (Enf. G)

A Política Nacional de Atenção Básica<sup>(18)</sup> faz referência à importância da EP para que os profissionais possam intervir nas demandas específicas de sua área de atuação, contemplando a aquisição e atualização de conhecimentos e habilidades, com base nos problemas enfrentados no cotidiano de trabalho das equipes. Do mesmo modo, a Política Nacional sobre Drogas<sup>(17)</sup>, nas diretrizes para a prevenção, discorre sobre a promoção, o estímulo e o apoio às atividades de capacitação continuada e ao trabalho multidisciplinar e multiprofissional, incluindo todos os atores sociais envolvidos no processo, visando fortalecer redes sociais para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção.

Retomando a questão da redução de danos, não mencionada pelas enfermeiras nas concepções referentes às drogas: essa constatação parece afirmar as pontuações feitas acerca da insuficiência nos processos de EP oferecidos nessa área. Na pesquisa realizada em Santa Catarina<sup>(14)</sup>, que corrobora o resultado desse estudo, a ausência de referência sobre redução de danos nas falas dos profissionais de saúde foi relacionada à falta de capacitação específica para atuação na área de saúde mental e à reprodução do modelo médico, predominante no tratamento dos usuários de drogas, com foco baseado no controle dos sintomas e na abstinência. Considerando a formação de graduação do enfermeiro permeada por ideias que vinculam o uso de drogas à doença<sup>(1,6)</sup>, não seria essa uma das hipóteses para explicar essa visão mais focal e reducionista, que difere daquela mais ampliada do modelo sociocultural, do qual faz parte a abordagem redutora de danos?

## **CONCLUSÕES**

O estudo demonstra as concepções das enfermeiras sobre o uso de drogas como resultantes das “desestruturas” familiar e do meio social de inserção dos usuários, estando relacionadas ao modelo psicossocial que explica esse fenômeno. Além disso, entendem o uso de drogas como uma doença e o usuário como paciente crônico dessa enfermidade, conforme o modelo médico. Os julgamentos morais ainda permeiam as ideias das enfermeiras, especialmente quando o uso de drogas relaciona-se à delinquência, remetendo aos modelos moral e ético-legal. Não foram feitas quaisquer referências sobre o modelo sociocultural, cuja perspectiva embasa a intervenção por meio da redução de danos, estratégia atualmente preconizada pelo Ministério da Saúde para a Atenção Básica.

Emerge dos discursos o despreparo técnico das enfermeiras para o atendimento às demandas de dependência química na ESF, como recomenda o SUS. Essa questão é atribuída à lacuna na

formação acadêmica referente ao tema, na medida em que a questão das drogas é abordada numa perspectiva mais teórica do que prática e, ainda, com enfoque biomédico. Além disso, os sentidos remetem à necessidade de qualificação dessas profissionais, por meio da Educação Permanente, que faz parte das Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Drogas e constitui um meio de abordar essa demanda valendo-se do próprio trabalho no serviço de saúde.

Os sentidos produzidos pelas enfermeiras parecem solicitar um modelo pronto de atenção ao usuário de drogas. Entretanto, essa questão vai além da formação, implicando em processos crítico-reflexivos voltados à dimensão na qual a droga está inserida. Esse estudo pretendeu contribuir para a discussão da formação nos níveis acadêmico e profissional, pois a pesquisa aponta a necessidade de aprofundamento dos aspectos previstos nas Diretrizes Curriculares, especialmente integrando praxis capazes de preparar profissionais à prestação de um cuidado de qualidade aos usuários de SPA. Igualmente necessários, são os processos de EP, visando reforçar e atualizar os conhecimentos, na medida em que o fenômeno de drogas é amplo, complexo e dinâmico, exigindo do profissional a capacidade de transformar o olhar conforme o contexto social, cultural, familiar, a substância e a dimensão subjetiva do usuário.

### REFERÊNCIAS

1. Lopes GT, Pessanha HL. Concepções de professores de enfermagem sobre drogas. Esc. Anna Nery. 2008; 12(3): 465-472.
2. Spricigo JS, Alencastre MB. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas: um estudo em Biguaçu-SC. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004; 12(spe): 427-432.
3. Rosenstock KIV, Neves MJ. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. Rev. bras. enferm. 2010; 63(4): 581-586.
4. UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2013. United Nations Publication: New York, 2013. [Acesso em 2 dezembro 2013] Disponível em: [http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World\\_Drug\\_Report\\_2013.pdf](http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf)
5. Mielke FB, Cossetin A, Olschowsky A. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(2): 387-94.
6. Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM, Furtado, EF. Consumo de álcool e atenção primária no interior da Amazônia: sobre a formação de médicos e enfermeiros para assistência integral. Revista Brasileira de Educação Médica. 2011; 35(2), 219-228.
7. Uchimura KY, Bosi MLM. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. Interface. 2012; 16(40): 149-160.
8. Delgado PG, Cordeiro F. A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil. In: Ministério da Saúde. O uso de substâncias psicoativas no Brasil:

- epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais: módulo 1 / coordenação do módulo Tarcísio Matos de Andrade. - 3. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009. p. 39-43.
9. Souza LM, Pinto MG. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. *Rev. Eletr. Enf.* 2012; 14(2):374-83.
  10. Rosa MSG, Tavares CMM. A temática do álcool e outras drogas na produção científica de enfermagem. *Esc. Anna Nery.* 2008; 12(3): 549-554.
  11. Spink MJP. (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
  12. Pillon SC, Luis MAV. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2004; 12(4): 676-682.
  13. Schneider DR. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(3): 687-698.
  14. Schneider DR, Lima DS. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psico.* 2011; 42 (2): 168-178.
  15. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de Novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.
  16. Lopes GT, Lemos BKJ, Lima HB, Cordeiro BRC, Lima LSV. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre usuários de drogas. *Rev. bras. enferm.* 2009; 62(4): 518-523.
  17. Brasil. Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2005.
  18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
  19. Haddad AE, Brenelli SL, Cury GC, Puccini RF, Martins MA, Ferreira JR, Campos FE. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2012; 36(1, Supl. 1): 03-04.

**CAPÍTULO IV**

**ARTIGO 2**

**O ENFERMEIRO E A ATENÇÃO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA: UM DESAFIO.**

(Proposto para submissão à Revista Eletrônica de Enfermagem)

## **O enfermeiro e a atenção à dependência química na Estratégia Saúde da Família: um desafio.**

Nurses and attention to drug addiction in the Family and Health Strategy: a challenge.

El enfermero y la atención hacia la dependência química en la Estrategia de Salud de la Familia: un desafío.

Letícia Figueiró Fontoura<sup>1</sup>, Edna Linhares Garcia<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: [le.fontoura@yahoo.com.br](mailto:le.fontoura@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica, Docente do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação Mestrado em Promoção da Saúde da UNISC. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: [edna@unisc.br](mailto:edna@unisc.br)

**RESUMO:** Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, realizado com enfermeiros nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de município do Rio Grande do Sul. Objetivos: investigar se o cuidado prestado ao dependente químico pela ESF está em acordo com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica; compreender como está articulada a rede de atendimento em dependência química, especialmente entre a ESF e os demais níveis de atenção. Trabalharam-se os dados segundo a análise de produção de sentidos. Os resultados revelaram tendência de encaminhamento imediato dos usuários de drogas ao serviço especializado, além de problemas no fluxo referência e contrarreferência entre ESF e esse serviço. Essas situações interferem na qualidade do atendimento e estão em desacordo com o preconizado pelo SUS e pela Reforma Psiquiátrica. Perceberam-se esforços especialmente dirigidos ao princípio da integralidade, porém, trabalhos de prevenção e atendimento ao usuário de drogas nessa perspectiva constituem um desafio.

**Descritores:** Sistema Único de Saúde, Saúde da Família, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde Mental.

**ABSTRACT:** A Descriptive and exploratory study with a qualitative approach performed with nurses in the Family Health Strategy (FHS) in a city of Rio Grande do Sul. Purpose: to investigate if the care provided to chemical dependent by FHS is in accordance with SUS and Psychiatric Reform principles; and understand how the system of chemical dependency care is articulated, especially among FHS and the other levels of care. The data was analyzed according to the senses production. The results have

revealed a tendency of immediate treatment to drug users in the specialized service, beyond problems in communication flow between FHS and this service. These situations interfere in the quality of care and are in disagreement with the recommendation of SUS and Psychiatric Reform. It was realized that there were efforts especially directed to the principle of Integrality, however, prevention and care to the drug user in this perspective is a challenge.

Descriptors: Unified Health System, Family Health, Substance-Related Disorders, Primary Health Care, Mental Health Services.

RESUMEN: Estudio descriptivo exploratorio con abordaje cualitativa, realizado con enfermeiros en las Estrategias de Salud de la Familia (ESF) de un municipio de Rio Grande do Sul. Objetivos: Investigar si el cuidado a los dependientes de sustancias químicas en la ESF esta de acuerdo con los principios del SUS y de la Reforma Psiquiatrica; comprender como se articula la red de atención en dependencia química, especialmente entre las ESF y los demás niveles de atención. Los datos fueron trabajados por analisis de producción de sentidos. Los resultados revelaron una tendencia de manejo inmediato de los dependientes de sustancias químicas hacia los sectores de salud especializados; también hubo problemas de comunicación entre las ESF y esos sectores. Esas situaciones afectan la calidad de la atención y no están de acuerdo con lo que es ordenado por el SUS y por la Reforma Psiquiatrica. Se observaron esfuerzos dirigidos al principio de integralidad, pero trabajos de prevención y atención al dependiente de sustancias químicas representan un desafío.

Descritores: Sistema Único de Salud, Salud de la Familia, Transtornos Relacionados con Substancias, Atención Primaria de Salud, Servicios de Salud Mental.

## INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária, no Brasil, representou um movimento de transformação do modelo de atenção à saúde ao propor a participação ativa de usuários e trabalhadores nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado, além da equidade na oferta de serviços. A partir desse movimento, originou-se o Sistema Único de Saúde (SUS). Na mesma época, na década de 70, a Reforma Psiquiátrica destacou-se em meio a um contexto de crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, lutando pelos direitos dos pacientes, com vistas à reorientação da assistência em saúde mental com ênfase na desinstitucionalização<sup>(1)</sup>.

Em 1988, por meio da Constituição Federal Brasileira, foi criado o SUS<sup>(2)</sup>. De acordo com a Lei nº 8080/90, dispuseram-se as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organizando e regulando o funcionamento das ações e serviços de saúde no território nacional. Este documento trouxe os princípios aos quais o sistema

deve obedecer, sendo os principais: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços em todos os níveis de complexidade; preservação da autonomia das pessoas; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência<sup>(3)</sup>.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde estruturou a Atenção Básica como o primeiro nível de atenção à saúde e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) enquanto contato preferencial do usuário com a rede de atenção, sendo porta de entrada para o sistema. A ESF desenvolve suas atividades com populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, com destaque para o trabalho em equipe, privilegiando práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas. Este serviço preconiza o cuidado integral dos indivíduos, famílias e comunidade, considerando suas subjetividades e o meio cultural e social no qual estão inseridos<sup>(4)</sup>.

No contexto da Saúde da Família, insere-se o atendimento aos portadores de transtorno mental, conforme recomenda a Política Nacional de Saúde Mental, sustentada pela Lei nº 10.216/2001. No seguimento dos ideais da Reforma Psiquiátrica, essa Política procurou solidificar o novo modelo de atenção à saúde mental, com um atendimento mais humanizado, buscando a recuperação dos pacientes através da reaproximação de seu ambiente familiar, laboral e social. Propunha o tratamento por meios menos invasivos, no âmbito dos serviços comunitários de saúde mental, em território aberto e mais próximo do convívio dos usuários, de modo que a internação fosse considerada somente após o esgotamento dos recursos extra-hospitalares, o que concorda com a Política de Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde<sup>(5-4)</sup>.

Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Governo reconheceu a importância dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SPA) como problema de saúde pública. Construiu-se, então, uma política pública para o tratamento de indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, visando ampliar o acesso ao tratamento, abordando o problema de forma integral e dinâmica, com o intuito de reduzir os danos a ele relacionados<sup>(1-6)</sup>. Criaram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são unidades de tratamento para pessoas em sofrimento mental e para aquelas que fazem uso prejudicial de drogas, sendo, neste último caso, chamados CAPS Álcool e Drogas (CAPSad)<sup>(6)</sup>. Posteriormente, organizaram-se redes de serviços extra-hospitalares para essa população, incentivando a promoção de ações no nível primário de atenção e a articulação com entidades e grupos para suporte social, além da implantação da estrutura de retaguarda em hospitais gerais. Nesse contexto, em 2005, a Política

Nacional de Drogas, é criada, inclusive, com o objetivo de promover uma rede de assistência integrada e intersetorial<sup>(1-7)</sup>.

Assim como no Brasil, em outros países, as reformas psiquiátricas se fortaleceram nas redes de atenção básica, de forma que estas sustentam o propósito de tratamento fora dos limites do hospital psiquiátrico, considerando a capacidade dos seus serviços em resolver as demandas no primeiro nível de atenção<sup>(8)</sup>. Logo, as ESF, representam o espaço ideal para o atendimento às demandas de saúde mental, bem como de uso e dependência de SPA, além de permitir a articulação com os demais níveis do sistema de saúde.

O Sistema Único de Saúde se harmoniza com os objetivos da Reforma Psiquiátrica, entretanto, essa última segue em processo de consolidação. O próprio SUS encara desafios com a atual conjuntura de violência, desemprego, desigualdade na distribuição de renda, dificuldades no custeio de políticas sociais, enfrentando adversidades para o avanço de uma política de saúde universal e integral<sup>(9)</sup>. Considerando a relevância dos problemas de saúde mental e de uso de drogas, importa investigar a atenção à dependência química na ESF, de modo que se verifique a conformidade com as propostas de atenção psicossocial e não se incorra no risco de estagnação desse processo marcado por lutas de pacientes, familiares e trabalhadores da saúde. Assim, esse estudo tem por objetivos investigar se o cuidado prestado ao dependente químico pela ESF está de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, do ponto de vista dos enfermeiros; e compreender como está articulada a rede de atendimento em dependência química, especialmente entre a ESF e os demais níveis de atenção.

#### MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, realizado nas ESF de um município com população aproximada de 120 mil habitantes, no Vale do Rio Pardo, Rio Grande do Sul. O município dispõe de onze ESF e, referente à assistência em saúde mental, conta com CAPS II, CAPSad, Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSIA), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), três leitos para internação psiquiátrica em hospital geral e uma comunidade terapêutica. As internações hospitalares relacionadas aos problemas com o uso de drogas, para adultos, são realizadas em instituições localizadas em municípios vizinhos. Para o tratamento de crianças e adolescentes, a referência é um centro de reabilitação social, também sediado em outro município<sup>(10)</sup>.

Esse estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UNISC, sob o CAEE nº 07942212.8.0000.5343. Foram entrevistados onze enfermeiros das referidas equipes de saúde, abrangendo-se todas as ESF do município. Os critérios de inclusão foram: ser

enfermeiro da ESF e concordar com a participação no estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedeu-se a coleta de dados entre novembro de 2012 e janeiro de 2013, por meio de entrevista, no local e turno de trabalho dos profissionais, conforme agendamento, guardando-se a privacidade do encontro. Utilizou-se instrumento semi-estruturado composto de dados de identificação do serviço, sexo e idade do entrevistado, seguidos de três questões semi-estruturadas sobre formação e nove questões abertas sobre os temas: uso de drogas e dependência química, trabalho na ESF e articulação em rede, referente ao atendimento de usuários de substâncias psicoativas.

As entrevistas foram gravadas em áudio digital e, posteriormente, transcritas para que se realizasse a análise de produção de sentidos, conforme Spink<sup>(11)</sup>. A análise iniciou com a imersão no todo das informações coletadas. Então, a partir do diálogo entre os sentidos que surgiram durante o trabalho de campo e aqueles outros advindos da familiarização do pesquisador com o tema de estudo, criaram-se as categorias de análise. A partir delas, construíram-se mapas de associação de ideias, nos quais as falas foram organizadas preservando sua sequência para a melhor compreensão do contexto nos quais estavam inseridas.

#### RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, serão apresentados e discutidos os resultados das categorias Trabalho na ESF, Interação em rede e CAPSad, abordados nos tópicos Os Princípios do SUS, Trabalho do Enfermeiro na ESF e Encaminhamento ao Serviço Especializado – CAPSad.

##### **Os Princípios do SUS**

Os sentidos produzidos nos discursos das enfermeiras revelam que, em sua maioria, acreditam que o atendimento prestado ao usuário de drogas, na ESF, está de acordo com os princípios do SUS. Algumas falas denotam ressalvas que significam uma necessidade de se justificar por um trabalho que, para elas, não é o ideal, mas que é o melhor que podem fazer, considerando os recursos disponíveis. Os sentidos que emergiram têm implicações com os processos de acolhimento e vínculo, sugerindo o envolvimento dessas profissionais com os pacientes de sua área adscrita.

*“Então é uma coisa assim, que o acolhimento ele é imprevisível, né? Então, as pessoas... e por que é que elas vêm aqui? Elas sabem que a hora que vierem, elas têm acesso ao serviço, o serviço dá essa possibilidade. [...] Nessa questão da escuta, assim, de trabalhar com a família, da visita domiciliar, da busca ativa do agente comunitário, eu acho que, nesse ponto, sim.”* (Enf. D)

*“A gente não... Não destrata ninguém, não maltrata ninguém, a gente atende, né, todo mundo igual e o que tá ao nosso alcance a gente faz.”* (Enf. B)

*“Primeiro, essa coisa de ter o paciente como, de ser excluído, de ter toda essa questão de ter que isolar o paciente que é dependente químico... Não! Ele vem, ele consulta normal, como qualquer paciente, é dado os devidos encaminhamentos pra ele, o retorno, depois, né, a inserção na sociedade.”* (Enf. E)

A Reforma Psiquiátrica tem como princípio a desinstitucionalização, o que significa a prestação de assistência ao doente mental no seu território, evitando a internação, de forma que, quando necessária, seja realizada em emergência psiquiátrica e por período breve. Essa é uma forma de evitar a quebra do vínculo do paciente com sua família e com as redes sociais. O trabalho da ESF, então, é de grande relevância para a desconstrução do modelo excludente em saúde mental, no qual as práticas de cuidado estavam distantes da atenção primária. Assim, vemos a formação de um novo paradigma, psicossocial, de atenção aos usuários desses serviços<sup>(12)</sup>.

No contexto da ESF, temos o processo do acolhimento, por meio do qual se fazem o início e a manutenção do vínculo. Esse laço de confiança é criado quando o enfermeiro toma conhecimento das especificidades de cada caso, o que torna possível o planejamento de sua atuação com ênfase nas necessidades imediatas do indivíduo, gerando comprometimento e credibilidade na relação com o paciente<sup>(13)</sup>. Além disso, para a equipe, o vínculo deve ser sustentáculo do seu compromisso com a saúde dos usuários do serviço, sejam daqueles que são buscados por ela ou dos que chegam por demanda espontânea<sup>(14)</sup>. O acolhimento, nessa óptica, relaciona-se ao princípio da igualdade, na medida em que este procedimento significa um serviço aberto e disponível para a escuta qualificada, proporcionando a inclusão a todos os pacientes que acessam a ESF. Do mesmo modo, implica em equidade, pois ao conhecer a queixa do usuário, o profissional é capaz de avaliar a prioridade da demanda em função dos riscos e das condições de vida e de saúde do indivíduo<sup>(6,3)</sup>.

### **Trabalho do Enfermeiro na ESF**

Ao longo das entrevistas, vem à tona o sentido de descontentamento devido ao fato das enfermeiras não conseguirem fazer um trabalho de prevenção em suas comunidades. As causas atribuídas envolvem o atendimento diário à demanda livre de pacientes, o trabalho com programas específicos do Ministério da Saúde e o papel burocrático que o enfermeiro tem no preenchimento de relatórios e outros documentos que servirão de subsídios para dados estatísticos. Nessa perspectiva, compreende-se que a organização do trabalho pela equipe, dentro de uma ESF, obedece a uma lógica de racionalização e agilidade nas tarefas visando atingir certas metas quantitativas, entretanto, o objetivo do planejamento e da divisão das atividades, nesse serviço, deve ser a atenção integral e um atendimento resolutivo à população de sua área<sup>(13)</sup>. Emerge o sentido de decepção nos discursos das profissionais, por entenderem que faz parte do

seu papel atuar na etapa anterior à instauração dos problemas relacionados ao uso de drogas, mencionando, especialmente, o trabalho com crianças e adolescentes. Essa realidade foi observada em enfermeiras de seis ESFs.

*“E aí, assim, como tu tem uma demanda muito grande, aí tu fica muito atrelada, ainda a atender essa demanda diária e tu não consegue, às vezes, fazer toda essa parte de organização que entraria a questão de prevenção, né?”* (Enf. A)

*“Acaba sempre trabalhando num apagar de incêndio e nunca numa questão preventiva. Como a gente tá sempre trabalhando com o usuário, a gente nunca consegue fazer o processo antes.”* (Enf. D)

Outras cinco enfermeiras informaram a prática de grupos como parte das atividades desenvolvidas no serviço. Não necessariamente com sua atuação direta, mas sob sua supervisão. Os grupos abrangem não só o público adulto, mas crianças e adolescentes escolares, trabalhando temas gerais de saúde e prevenção de doenças. Notou-se, especialmente nesses projetos, a articulação com outros serviços e pessoas, numa visão para além dos dispositivos de saúde presentes na rede SUS, ou seja, a rede alcançou espaços mais amplos em relação àqueles que as equipes de Saúde da Família estão cotidianamente vinculados. Esta rede também é acionada para estruturar planos de cuidado de usuários de SPA, fora da comunidade.

*“Então, nós estamos fazendo um trabalho, muito unido, assim, com a assistente social da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), com a assistente social do NASF, nós e a empresa que ela trabalha.”* (Enf. D)

*“É grupo saúde em sua casa, a gente fala. Cada agente de saúde organiza na sua área de atuação, na casa de uma pessoa, um grupo e eles é que escolhem um tema.”* (Enf. B)

*“A gente tem um trabalho de grupo de adolescentes, que a gente tenta fazer um trabalho de prevenção. [...] A gente tentou ver, trouxe o pessoal do CIEE (Centro de Integração Empresa-Escola), pra mostrar pra eles que eles podem trabalhar, trouxe o pessoal da UNISC pra falar do FIES (Fundo de Financiamento Estudantil), das diversas modalidades que existem de como carente entrar na universidade, cotas, enfim.”* (Enf. K)

O trabalho com foco preventivo está previsto na Lei do SUS como parte do princípio da integralidade, entendendo-se que deve estar articulado com ações e serviços contínuos, em âmbito individual e coletivo, em todos os níveis de complexidade do sistema<sup>(3)</sup>. A prevenção é, igualmente, reforçada em sua importância na Política Nacional sobre Drogas, visando à integração desses programas com os de promoção geral à saúde, envolvendo o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e a participação de atores sociais para que estes se tornem multiplicadores e possam ampliar e fortalecer as redes sociais<sup>(7)</sup>. Ademais, sendo a dependência química um problema de saúde pública, os

trabalhos com enfoque preventivo são de extrema relevância por serem mais baratos e atuarem anteriormente ao processo de adoecer<sup>(15)</sup>.

A articulação em rede é fundamental para que haja referências capazes de acolher os usuários de drogas. Entendendo o contexto do sentido referido pelas enfermeiras ao falarem do trabalho com públicos variados, fora dos limites físicos da ESF, nos remetemos ao conceito de rizoma, desenvolvido por Deleuze e Guattari<sup>(16)</sup>. Neste conceito foi utilizada uma definição da botânica e aplicada, em sentido análogo, para representar a estrutura do conhecimento concebida pelos referidos autores. Esta ideia tem alguns princípios básicos, dentre os quais está o da conexão e heterogeneidade para o qual os pontos de um rizoma podem se conectar a quaisquer outros, de forma heterogênea. Então, nessa concepção, todos os pontos podem fazer inter-relação, criando ligações, tal qual um caule crescendo com ramificações horizontais<sup>(16)</sup>.

A perspectiva de rede, nesse prisma, torna-se maior, compreendida como mais do que os serviços que o município oferece no SUS e passa a ser articulada com dispositivos da sociedade civil, como clubes, associações, cooperativas e outras instituições<sup>(1)</sup>. Partindo do princípio que a ESF concebe a saúde de forma ampliada, existe a compreensão do sujeito considerando a sua inserção no ambiente social, com o qual interage a todo o momento. Nessa visão, o trabalho da equipe de saúde pressupõe a utilização de vários artifícios para que se possa transcender o setor saúde, criando ações em parceria com diversos órgãos e segmentos sociais, o que se relaciona à ideia de intersectorialidade<sup>(13)</sup>. Também, nessa circunstância, está a integralidade, numa perspectiva que permite ver o todo, na medida em que essa grande articulação tem por objetivo o atendimento do maior número de necessidades do indivíduo ou grupo, repercutindo positivamente na qualidade de vida. Iniciativas de cunho intersectorial lidam com a complexidade e com os diversos aspectos dos problemas e das vias para a efetivação de um cuidado integral, procurando incluir práticas e investimentos multiprofissionais e interdisciplinares em vários níveis e nos campos de atuação das mais diversas áreas<sup>(9)</sup>.

Apesar do esforço de algumas ESF em trabalhar com grupos específicos dentro e fora dos limites de seus serviços, os sentidos provenientes das entrevistas denotam não existir esse tipo de iniciativa em relação à população usuária de SPA. Revelam as enfermeiras que não é desenvolvido trabalho ou atendimento voltado especialmente ao usuário de drogas. Alguns sentidos também dizem da posição passiva da maioria das profissionais em relação à demanda do uso de drogas pelos pacientes de suas áreas, o que corrobora os achados de pesquisa realizada na Amazônia<sup>(17)</sup>, na qual os enfermeiros, mantiveram postura semelhante em relação ao uso problemático de álcool.

*"A gente faz alguma coisa quando alguém vem, nos procura. Mas não é feita nenhuma atividade específica pra isso. Não é feito um trabalho com essas pessoas até porque eles não vêm aqui"* (Enf. B)

*"Na verdade, a gente não desenvolve nada em relação ao paciente, por quê? Porque ele vai ao centro especializado."* (Enf. E)

*"A gente não tem grupo pra dependente. O que a gente faz é esse acolhimento, né?"* (Enf. C)

*"Ações, em si, nos dependentes, assim, nós não temos."* (Enf. K)

O panorama no qual estão inseridas as equipes das enfermeiras entrevistadas parece não diferir daquele presente em algumas grandes cidades brasileiras, onde a maior parte das ESF não contempla, entre suas ações, atividades voltadas para atenção aos usuários de substâncias psicoativas<sup>(18)</sup>.

A maioria das enfermeiras encaminha os usuários de drogas imediatamente ao serviço de referência municipal. Percebeu-se que, quando observada a necessidade de tratamento do paciente, às profissionais parece imprescindível que este seja realizado além das dimensões da ESF. Sobre isso, o sentido dos seus discursos sugere uma ideia de limitação da equipe deste serviço em tratá-los e, igualmente, a sua, por não poder (ou querer) responsabilizar-se por isso. Este fato pode estar relacionado à constatação de uma pesquisa documental sobre o alcoolismo na produção de conhecimento da enfermagem<sup>(15)</sup>, segundo a qual, a maior parte dos profissionais não está treinada para fornecer o aconselhamento básico aos pacientes alcoolistas. Nesse caso, poderíamos questionar se as enfermeiras entrevistadas estariam preparadas para realizar essa mesma tarefa em relação ao uso do álcool e de outras SPA.

*"O que a gente faz, quando chega a demanda pra nós é, a gente faz, encaminha pra o CAPSad. [...] Então, o que a gente acaba fazendo é o seguinte: ouvir a história e, dentro daquele contexto, encaminhar."* (Enf. A)

*"Porque a gente sabe, se ele procura, a gente não tem que ficar adiando e agendando consulta de retorno. A gente escuta ele, vê o problema dele, tenta encaminhar ele, já tenta ligar pro CAPSad e tudo mais, pra encaminhar."* (Enf. F)

*"[...] Os poucos que chegaram a procurar e pedir ajuda, eles vêm, eles consultam, ou consultam comigo, ou consultam com a médica e eles recebem esse encaminhamento, encaminhamento para o CAPSad."* (Enf. J)

*"A única coisa que eu posso ajudar é o encaminhamento. Assim, eu me sinto de mãos atadas, eu não posso fazer nada por ele."* (Enf. K)

De acordo com os pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica, a ESF trabalha num contexto de territorialidade, de modo que os recursos da comunidade sejam utilizados para a assistência ao paciente. Além disso, a equipe deve se

responsabilizar pelo planejamento e execução das ações relacionadas à saúde da população de sua área<sup>(4,14)</sup>. Ademais, podemos relacionar a constatação feita a partir dos sentidos dos discursos das enfermeiras com o princípio da integralidade, do SUS. Conforme este princípio deve-se considerar o indivíduo inteiramente e vislumbrar suas necessidades de forma global, o que pressupõe o atendimento em todos os níveis de complexidade do sistema, com ações nos âmbitos de prevenção, de promoção da saúde, de tratamento e de reabilitação. Esta orientação é desconsiderada no momento em que a ESF, ao ponderar somente a demanda referente ao uso de drogas, passa a encaminhar o paciente mais rápido possível para o serviço de referência. Dessa forma, o olhar para a saúde numa perspectiva integral é prejudicado<sup>(3,6,14,15)</sup>. Outrossim, a visão integral pressupõe um serviço que se responsabilize pela saúde e pela doença dos seus usuários, ainda que, lidar com a última, possa significar um desafio para os profissionais, o que, no caso da dependência química, implica em trabalhar com julgamentos e sentimentos que exigem, por vezes, certo esforço do ponto de vista emocional.

No discurso de duas enfermeiras emergiram sentidos que privilegiavam o tratamento e acompanhamento dos usuários de drogas na própria ESF, apostando no vínculo estabelecido com o paciente, evitando, na medida do possível, o encaminhamento a outros serviços. O diferencial desses discursos pareceu estar na ênfase da parceria estabelecida entre a equipe, internamente, e, também com o NASF, de forma a existir um suporte técnico, num fluxo de informações multidisciplinar, que dá segurança para que todos sejam capazes de assumir a responsabilidade por esses pacientes.

*"Tem a assistente social, então, às vezes, senta eu, a médica, o psicólogo e a gente conversa muito sobre os pacientes com os agentes de saúde, né? E a gente vai indo, vai indo..."* (Enf. D)

*"Entre equipe, assim, a gente consegue trabalhar super bem, sabe? [...] Às vezes vai só eu e a assistente social, às vezes, a assistente prefere, vai ela e uma agente de saúde, mas todo mundo da equipe se envolve."* (Enf. I)

Ferramenta importante entre o trabalhador da área da saúde e o usuário do serviço, o vínculo estabelece confiança e facilidade de comunicação na relação entre esses atores. Favorece a corresponsabilização do profissional e da equipe com a situação de saúde do paciente e, também, a prestação de um cuidado integral<sup>(19,15)</sup>. O contexto do trabalho em equipe também está implicado numa condição de integralidade, na medida em que articula e conjuga vários saberes numa perspectiva de cuidado interdisciplinar. Nesta abordagem existe a interligação dos contextos percebidos pelos diferentes membros do grupo, de forma a estabelecer o plano de tratamento mais adequado à realidade do paciente<sup>(20-21)</sup>. Vínculo, responsabilização, trabalho interdisciplinar e

integralidade são alguns dos itens contemplados nos princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica<sup>(4)</sup>.

### **Encaminhamento ao Serviço Especializado - CAPSad**

De acordo com os sentidos produzidos nos discursos das enfermeiras, o encaminhamento dos usuários de drogas para um nível mais complexo de assistência se faz na figura do CAPSad. Ess processo acontece de duas formas: ou por intermédio do documento de referência, ou por meio de orientação ao paciente sobre o funcionamento, localização e horários de grupos de acolhimento no referido serviço.

*"O fluxo é esse, né? De mandar pro serviço de referência. Eles é que vão dar o destino, depois: ó, vai pro hospital, vai internar, vai pra lá, vai pra cá. A gente é que encaminha pra lá."* (Enf. B)

*"É, porque a porta de entrada do CAPSad é pelo grupo de acolhimento. Então, ele acontece segundas, quartas e sextas sempre às 8h20, mas sempre eu ligo: 'olha, ó, tem? Posso mandar o paciente?' Então, tranquilo, aí a gente dá o encaminhamento e, às vezes, ele vai também sem o encaminhamento mesmo, a gente dá o horário pra ele, explica onde é o local, que ele não pode se atrasar, que ele tem que tá lá tal hora pra o grupo de acolhimento."* (Enf. E)

Os CAPS são centros especializados que tem o papel de organizar as demandas de saúde mental no território. Estes serviços devem fornecer suporte especializado às ESF, articular ações intersetoriais e interligar os demais dispositivos da rede nos vários níveis assistenciais. Além de realizar o acolhimento dos casos, aos CAPS também compete o encaminhamento e acompanhamento de pacientes à internação<sup>(22)</sup>.

O SUS oferece uma rede de serviços descentralizados e hierarquizados. Essa é estruturada de modo que não ofereçam meios (ações ou unidades) diferentes para fins idênticos, como refere o último princípio, que trata da organização dos serviços públicos<sup>(3)</sup>. Na Atenção Básica, mais próximo dos usuários, estão os serviços de nível primário, que tem menor grau de complexidade. Ascendendo os níveis, naqueles de maior complexidade estão ações e serviços especializados, cujo acesso se faz por meio de sistemas de referência. Desse modo, o fluxo é de referência quando o encaminhamento acontece do menor para o maior grau de complexidade e de contrarreferência, quando da via inversa<sup>(23)</sup>. Para esse trâmite, existem documentos que devem ser preenchidos pelos profissionais dos serviços, de modo que as informações sobre a necessidade de saúde do paciente circule entre eles, na orientação de uma melhor assistência.

Nesse sentido, uma das principais queixas oriundas dos discursos das enfermeiras refere-se à questão dos encaminhamentos. Ocorre que, após encaminhar um paciente ao serviço especializado, elas não mais recebem retorno a seu respeito. Privadas de

informações sobre o seguimento da terapia percebem prejudicada a iniciativa do seu acompanhamento. A reclamação maior é acerca do regresso do paciente à comunidade, após a internação. Igualmente, referem que o documento de referência (neste caso, a contrarreferência) não retorna à ESF, ou, somente muito tempo após o encaminhamento inicial, podendo significar uma lacuna na relação do paciente com o serviço, na medida em que o monitoramento das famílias pelos agentes comunitários de saúde nem sempre dá conta de obter a informação com a brevidade desejável.

Rememorando alguns fundamentos da Atenção Básica, temos a longitudinalidade, que trata sobre a continuidade da relação de cuidado entre equipe e usuários, independente da presença de enfermidade. O objetivo é que os indivíduos sejam acompanhados de forma permanente durante todo o seu ciclo vital<sup>(4,14)</sup>. Frente ao que foi anteriormente exposto pelas enfermeiras, percebemos a impossibilidade de cumprimento desse atributo, o que, interfere na responsabilização da equipe frente ao cuidado do paciente, podendo prejudicar sua reabilitação.

*“E outra questão é assim, ó, a gente tem uma grande dificuldade da contrarreferência porque, mesmo que o paciente vá pro CAPS, isso não quer dizer que ele deixa de ser nosso, muito pelo contrário. E aí, o que é que acontece? Muitas vezes, ele vai pra lá e eu perco...”* (Enf. D)

*“[...] A gente fica um pouco frustrado porque tu encaminhou o paciente e, nunca mais a gente tem retorno, se funcionou, se ele tá no tratamento, o que é que aconteceu.”* (Enf. G)

*“Não, o contato existe, mas a referência é pouco, assim. Até porque, muitas vezes, o próprio paciente não traz, né? [...] Que eu acho que deveria, até, quem tava dando a alta, de repente ligar, né? Porque senão tu acaba sabendo que o paciente veio pra casa, mas que ele já tá há uma semana em casa e daí, de repente já tá na droga de novo, já tá...”* (Enf. J)

Seguindo na questão da rede, o trabalho do NASF, é referido positivamente. O sentido que vem à tona nos discursos é de apoio, com o suporte dos vários profissionais sendo importante no trabalho com o usuário de drogas e sua família, através das discussões de caso e dos atendimentos em grupo. Nesse contexto, são especialmente mencionados os profissionais do Serviço Social e da Psicologia.

*“E tem o psicólogo do NASF, tem assistente social, então, isso ajuda muito.”* (Enf. C)

*“O NASF. Tem o psicólogo que é, olha, é excelente, assim, a gente tem muita troca com ele.”* (Enf. D)

O NASF é uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de fornecer suporte técnico, em áreas específicas, às ESF, visando apoiar a inserção desse

serviço na rede e ampliar a gama de ações em atenção básica. O núcleo é composto por profissionais de diversas áreas do conhecimento, que devem atuar como parceiros das ESF, compartilhando a responsabilidade pelos casos acompanhados. O NASF tem a recomendação, por meio de portaria específica, de contar com um profissional da área de saúde mental<sup>(12,14)</sup>. Este profissional tem a possibilidade de atuar como articulador de projetos de cunho interdisciplinar e intersetorial, agregando membros da ESF e outros segmentos da comunidade em ofertas de assistência, promoção da saúde e redução de danos<sup>(22)</sup>. O NASF pode ser valioso instrumento na abordagem do uso e dependência de drogas na ESF. A assessoria aos trabalhadores do serviço faz com que ambas as equipes se comprometam com os casos, fortalecendo-se mutuamente para o atendimento dessa questão e utilizando, mais habilmente, os recursos comunitários disponíveis para auxiliar no tratamento, o que responde em favor do paciente.

### CONCLUSÃO

Segundo os sentidos dos discursos das enfermeiras, existe um esforço em realizar o atendimento ao usuário de drogas, na ESF, dentro dos princípios do SUS, especialmente no que se refere à igualdade e à equidade, para as quais aparecem, fundamentalmente, os processos de acolhimento e de vínculo. Sobre a integralidade, surge um sentido de desapontamento das profissionais por não conseguir realizar, em sua maioria, um trabalho preventivo ao uso de drogas. Da mesma forma, não são oferecidas nas ESF, atividades específicas voltadas à dependência química e parece haver um sentido de acomodação em relação à busca por esta demanda. Em algumas ESF se realizam grupos sobre temas gerais de saúde e prevenção de doenças, para os quais forma-se uma rede que compreende ações de cunho intersetorial, o que responde favoravelmente às ações com perspectivas integrais.

Apesar de o NASF ser salientado positivamente pelas entrevistadas, auxiliando as equipes das Estratégias nas demandas de saúde mental e de uso de SPA, os sentidos dos discursos revelam uma tendência ao imediato encaminhamento de usuários de drogas para o serviço especializado, o que é contra a lógica do SUS de responsabilização da equipe pela saúde da população de seu território e desaconselhado, considerando a Reforma Psiquiátrica. Ademais, há uma fragilidade na rede, relativa ao fluxo de comunicação entre o serviço de referência em álcool e drogas e a Estratégia, o que dificulta o acompanhamento dos pacientes encaminhados. Então, é novamente prejudicada a perspectiva da integralidade, na medida em que a ESF conduz o usuário ao serviço de referência ponderando somente a demanda do uso de drogas e, após o encaminhamento, desconhece seu destino.

O maior desafio das profissionais entrevistadas parece estar em torno da integralidade, havendo iniciativas para que o atendimento ocorra nessa perspectiva,

entretanto, ainda com dificuldades para os trabalhos de prevenção e ações voltadas especificamente ao público usuário de drogas, na ESF. Considerando que o fortalecimento do SUS e da Reforma Psiquiátrica são processos contínuos, sendo reafirmados, diariamente, por meio de seus princípios, o trabalho com a dependência química na ESF exige dinamicidade e persistência dos profissionais, constituindo-se verdadeiro desafio.

#### REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. [Acesso em 9 dezembro 2013] Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15\\_anos\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf)
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília (DF): Senado Brasileiro, 1988.
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Acesso em 9 dezembro 2013] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
6. Delgado PG, Cordeiro F. A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil. In: Ministério da Saúde. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais: módulo 1 / coordenação do módulo Tarcísio Matos de Andrade. - 3. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009. p. 39-43.
7. Brasil. Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2005.
8. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(10):2375-2384.

9. Vasconcelos EM, organizador. Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São Paulo: Hucitec, 2010.
10. Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul. Secretaria Municipal de Saúde. Município de Santa Cruz do Sul Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Santa Cruz do Sul: 2009.
11. Spink MJP, organizador. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
12. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP. 2011; 45(6):1501-1506.
13. Sant'Anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Bonow CA, Silva MRS. Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Acta paul. enferm. 2011; 24(3): 341-347.
14. França SP, Farias I, Coelho DM, Borges DS. Conceitos em Atenção Primária e Saúde da Família. In: Ministério da Saúde. A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede de atenção primária: módulo 7 / coordenação do módulo Fabiane Minozzo e Samantha Pereira França. - 1. ed. - Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009. p. 2-4.
15. Silva EDS, Padilha MICS, Borenstein MS, Spricigo JS. Alcoolismo e a produção científica da enfermagem brasileira: uma análise de 10 anos. Rev. Eletr. Enf. 2011; 13(2): 276-84.
16. Deleuze G, Guattari F. Introdução: Rizoma. Texto extraído de Mil Platôs (Capitalismo e Esquizofrenia) Vol. 1 Editora 34, 1ª Ed. (1995) (Esgotado) Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. [Acesso em 1 dezembro 2013] Disponível em: [http://historiacultural.mpbnet.com.br/post-modernismo/Rizoma-Deleuze\\_Guattari.pdf](http://historiacultural.mpbnet.com.br/post-modernismo/Rizoma-Deleuze_Guattari.pdf)
17. Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM, Furtado, EF. Consumo de álcool e atenção primária no interior da Amazônia: sobre a formação de médicos e enfermeiros para assistência integral. Revista Brasileira de Educação Médica. 2011; 35(2), 219-228.
18. Andrade TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(12): 4665-4674.
19. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(7): 3051-3060.
20. Silva JAM, Peduzzi M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. Saúde Soc. 2011; 20(4): 1018-1032.

21. Linard AG, Castro MM, Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Rev. Gaúcha Enferm. 2011; 32(3): 546-553.
22. Totugui ML, Giovanni M, Cordeiro F, Dias MK, Delgado PGG. Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais: contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. In: Vasconcelos EM, organizador. Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São Paulo: Hucitec, 2010.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

**CAPÍTULO V**

**NOTA À IMPRENSA**

### **Estudo investiga sobre a atenção à dependência química nas Estratégias de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul.**

O Programa de Pós-Graduação Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) divulga os resultados da pesquisa “O Enfermeiro e o Cuidado à Dependência Química na Estratégia de Saúde da Família”. O referido trabalho é resultado da dissertação de mestrado da aluna Letícia Figueiró Fontoura, sob a orientação da professora Doutora Edna Linhares Garcia.

As pesquisadoras procuraram saber como os usuários e os dependentes de drogas estavam sendo assistidos nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e como era a atuação das enfermeiras em relação a esses pacientes. Para isso, foram realizadas entrevistas com onze dessas profissionais, abrangendo todas as ESF do município.

Foram analisados os sentidos que as enfermeiras produziram nos seus discursos, com o objetivo de identificar: as concepções que sustentam a relação de cuidado com os dependentes químicos; se o cuidado prestado a essa população, pela ESF, está de acordo com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica e se, na visão delas, sua formação voltada à dependência química as capacita tecnicamente. Além disso, buscou-se compreender como está articulada a rede de atendimento em dependência química entre a ESF e os demais níveis de atenção.

O estudo demonstrou que as entrevistadas entendem o consumo de substâncias psicoativas como resultantes das ‘desestruturas’ familiar e do meio social no qual os usuários estão inseridos. Além disso, relacionam o uso de drogas à ideia de doença e o usuário como sendo um paciente crônico.

Os sentidos dos discursos indicaram haver um despreparo técnico para o atendimento à dependência química na ESF, o que foi atribuído à lacuna na formação acadêmica em relação ao tema, remetendo à necessidade de qualificação das enfermeiras, por meio da Educação Permanente em Saúde.

Considerando os princípios do SUS, o maior desafio parece ser em torno da integralidade, havendo várias iniciativas das profissionais entrevistadas para que o atendimento ocorra nessa perspectiva, porém, com dificuldades para os trabalhos de prevenção e para aqueles voltados especificamente ao público usuário de drogas. Além disso, os sentidos apontam para uma fragilidade no fluxo de comunicação entre o serviço de

referência em álcool e drogas do município e a Estratégia, dificultando a continuidade do cuidado aos pacientes que foram encaminhados.

A abordagem da dependência química é uma questão complexa e pede constante exercício crítico-reflexivo voltado à dimensão na qual a droga está inserida na sociedade. Esse estudo apontou a necessidade de integração de ações que preparem os profissionais à prestação de um cuidado de qualidade aos usuários de drogas, especialmente em relação à formação em nível acadêmico e profissional.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1

### ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA A ENTREVISTA

PESQUISA: O Enfermeiro e o Cuidado à Dependência Química na Estratégia de Saúde da Família.

1. Dados de identificação

ESF: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) m ( ) f idade: \_\_\_\_\_ anos

Instituição de graduação: \_\_\_\_\_

Ano de graduação: \_\_\_\_\_

2. Possui pós graduação? ( ) não ( ) sim - qual(is), onde a(s) cursou e em que ano concluiu?

3. Realizou alguma capacitação para a área de saúde mental ou dependência química desde que passou a integrar equipe da rede básica do sistema único de saúde (SUS)?

( ) não ( ) sim - qual(is), onde a(s) cursou e em que ano concluiu?

4. Sua formação acadêmica é capaz de embasar tecnicamente seus cuidados aos pacientes dependentes químicos? ( ) não, justifique. ( ) sim, justifique.

5. Você possui alguma experiência ou vivência de cuidado a dependentes químicos?

6. Por quais motivos você acha que as pessoas usam drogas?

7. O que você pensa sobre o usuário de drogas?

8. Como é o atendimento prestado ao dependente químico na estratégia de saúde da família (ESF) em que você trabalha? Explique.

9. Como acontece a articulação deste serviço com os demais que integram a rede SUS, no que se refere ao atendimento ao dependente químico?

10. O que você observa como pontos positivos e negativos acerca do atendimento aqui prestado ao dependente químico?

11. Fale sobre o seu trabalho com o dependente químico. Como você, enquanto enfermeira (o), está envolvida (o) nas ações assistenciais relacionadas a este paciente?

12. Você pensa que o atendimento ao dependente químico, aqui prestado, está de acordo com os princípios do SUS e com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica?

13. Você indicaria o atendimento da ESF para um familiar seu, caso ele fosse dependente químico e necessitasse? Explique.

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: O Enfermeiro e o Cuidado à Dependência Química na Estratégia de Saúde da Família.

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste roteiro de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa, por meio de entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

**Objetivo do estudo:** Investigar sobre o cuidado ao dependente químico nas Estratégias de Saúde da Família no Município de Santa Cruz do Sul e como atuam os enfermeiros em relação a estes pacientes.

**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá em concessão de entrevista guiada por um instrumento semi-estruturado, cujo áudio será gravado, conforme sua permissão.

**Benefícios:** O estudo pretende contribuir para melhorar o cuidado ao dependente químico na rede SUS do Município, especialmente nas Estratégias de Saúde da Família. Além disso, para melhorar a qualidade do ensino de conteúdos de saúde mental e dependência química para os estudantes de graduação em enfermagem.

**Riscos:** O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os participantes não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Letícia Figueiró Fontoura (tel. 9313.8323), estando sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Edna Linhares Garcia (tel. 3717.7480), tendo sido este documento revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (tel. 3717.7680) em 05/11/2012.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_.

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Letícia Figueiró Fontoura

Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Edna Linhares Garcia

Professora Orientadora

### APÊNDICE 3

Santa Cruz do Sul, 11 de Setembro de 2012.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNISC)

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o protocolo de pesquisa intitulado: “O Enfermeiro e o Cuidado à Dependência Química na Estratégia de Saúde da Família”, desenvolvido pela aluna Letícia Figueiró Fontoura, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Promoção da Saúde, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, sob a orientação da Professora Dra. Edna Linhares Garcia, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa e autorizamos o desenvolvimento nas Estratégias de Saúde da Família do Município de Santa Cruz do Sul.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 196/96 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente,

  
Vera Lúcia Ferreira da Silva  
Diretora de Ações e  
Programas de Saúde

Assinatura e carimbo do responsável institucional

## APÊNDICE 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNISC

UNIVERSIDADE DE SANTA  
CRUZ DO SUL - UNISC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O ENFERMEIRO E O CUIDADO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** LETÍCIA FIGUEIRÓ FONTOURA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 07942212.8.0000.5343

**Instituição Proponente:** Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 138.146

**Data da Relatoria:** 05/11/2012

#### Apresentação do Projeto:

O uso de drogas no Brasil, atualmente, chama a atenção das autoridades, visto a grande proporção que este problema alcançou. Trata-se de uma questão séria e ampla, por acometer sujeitos de várias faixas etárias e classes sociais, comprometendo estruturas em todos os âmbitos da vida do indivíduo dependente químico e daqueles que o cercam. O consumo de drogas é, atualmente, referido como o principal problema de saúde pública que acomete os países desenvolvidos e em desenvolvimento. No contexto do Sistema Único de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família trata-se um dispositivo especialmente elaborado para o atendimento das questões de saúde na sua área de atuação, baseada na realidade local, com vistas a entender o paciente como um ser inserido naquele contexto social e com necessidades que vão além daquelas puramente biológicas, cuja equipe busca compreender o indivíduo enquanto ser biopsicossocial, além de estimular o exercício de sua cidadania. Especialmente aos usuários de drogas, a prestação de um cuidado de qualidade no primeiro nível de atenção à saúde, reforça o vínculo com o serviço, aumentando as possibilidades de êxito do projeto terapêutico. O enfermeiro, devido ao intenso contato com os pacientes, apresenta alto potencial para o reconhecimento de problemas relacionados ao uso de substâncias. O objetivo deste estudo é investigar sobre o cuidado ao dependente químico nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) no Município de Santa Cruz do Sul e como atuam os enfermeiros em relação a estes pacientes. Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, no qual será entrevistada toda a população de enfermeiros das ESF do referido Município, num total de onze sujeitos.

**Endereço:** Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

**Bairro:** Universitário **CEP:** 96.815-900

**UF:** RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

**Telefone:** (51)3717-7680

**E-mail:** cep@unisc.br

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Investigar sobre o cuidado ao dependente químico nas Estratégias de Saúde da Família no Município de Santa Cruz do Sul e como atuam os enfermeiros em relação a estes pacientes.

**Objetivo Secundário:**

- Identificar as concepções que sustentam os discursos e as práticas dos enfermeiros das ESF no contexto da relação de cuidado com pacientes dependentes químicos;- Investigar se o cuidado prestado ao dependente químico pela ESF está de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica;- Compreender como está articulada a rede de atendimento em dependência química, entre a ESF e os demais níveis de atenção; - Identificar, do ponto de vista dos enfermeiros, se a sua formação acadêmica voltada à dependência química os capacita tecnicamente.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

No processo de execução da pesquisa, é possível que a indisponibilidade de sala adequada (com a devida privacidade) nas ESF, para a realização das entrevistas com os enfermeiros, represente uma dificuldade. Da mesma forma, poderá haver influência nas respostas dos entrevistados depois que estes tomem ciência dos objetivos da pesquisa. Além disso, uma limitação passível de ocorrência é a recusa de algum dos sujeitos quanto a sua participação no estudo.

**Benefícios:**

Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência em dependência química nas ESF e nos demais serviços da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Contribuir para a reestruturação dos currículos de ensino dos cursos de graduação em enfermagem, acerca dos conteúdos relativos ao cuidado em saúde mental e dependência química, gerando impacto positivo na formação de futuros profissionais enfermeiros.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Adequada

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

Adequada

**Recomendações:**

Rever os riscos informados uma vez que os mesmos estão mais na perspectiva de risco da pesquisadora da proposta de pesquisa, do que dos sujeitos pesquisados (cada enfermeira tem sala própria nas ESFs).

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

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603  
Bairro: Universitário CEP: 96.815-900  
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br

Rever as recomendações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Rever as considerações mesmo que o parecer consubstanciado atenda para aprovação.

SANTA CRUZ DO SUL, 05 de Novembro de 2012

---

**Assinador por:**  
Tania Cristina Malezan Fleig  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

**Bairro:** Universitário **CEP:** 96.815-900

**UF:** RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

**Telefone:** (51)3717-7680

**E-mail:** cep@unisc.br

## **ANEXOS**

## ANEXO A

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Mensagem de veto Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

### DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

### TÍTULO I

#### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

### TÍTULO II

#### DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

##### DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

### CAPÍTULO I

#### Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## CAPÍTULO II

### Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

### CAPÍTULO III

#### Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

### CAPÍTULO IV

#### Da Competência e das Atribuições

##### Seção I

##### Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## Seção II

### Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

#### CAPÍTULO V

##### Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

#### CAPÍTULO VI

##### DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3o O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

#### CAPÍTULO VII

#### DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1o O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2o As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

#### TÍTULO III

#### DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

#### CAPÍTULO I

#### Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

#### CAPÍTULO II

#### Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

#### TÍTULO IV

#### DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

## TÍTULO V

### DO FINANCIAMENTO

#### CAPÍTULO I

##### Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

#### CAPÍTULO II

##### Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

### CAPÍTULO III

#### Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado)

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR  
Alceni Guerra

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 20.9.1990

## ANEXO B

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visarà, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*Jose Gregori*

*José Serra*

*Roberto Brant*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001

## ANEXO C



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

### FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: O ENFERMEIRO E O CUIDADO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 11	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: LETÍCIA FIGUEIRÓ FONTOURA			
6. CPF: 821.012.480-34		7. Endereço (Rua, n.º): FELIX HOPPE CENTRO 567, AP. 107 SANTA CRUZ DO SUL RIO GRANDE DO SUL 96810180	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (51) 9313-8323	10. Outro Telefone:
		11. Email: le.fontoura@yahoo.com.br	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>12 / 09 / 2012</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
13. Nome: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC		14. CNPJ: 95.438.412/0002-03	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: (51) 3717-7680		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Rogério Leandro Lima da Silveira</u>		CPF: <u>370833920-72</u>	
Cargo/Função: <u>Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-graduação</u>			
Data: <u>12 / 09 / 2012</u>		 Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>		Prof. Dr. Rogério Leandro Lima da Silveira Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação	
Não se aplica.			

**ANEXO D** – Fragmento de Mapa de Associação de Ideias

1	Capacitação na rede SUS	Formação acadêmica	Interação em rede	Vínculo	Insegurança Técnica
2	Por iniciativa das enfermeiras	Aprendizado teórico	ESF e CAPS II	ESF/Paciente	Dificuldade abordagem/manejo
3		Carência de vivência prática	Referência/contrarreferência	ESF/Família	Aprende na prática
4			NASF	ESF/Bairro	Desqualificação do trabalho
5			Empresas		Frustração
6			Desinformação sobre internação AD		Atuação limitada
7			Rede não comporta a demanda		Medo (APM)
8			UNISC		Busca conhecimento por si
9			CIEE		Maioria das ESF encaminha DQ
10	Tu já teve algum curso na área de saúde mental ou de dependência química, desde que tu tá na rede básica do SUS? Alguma capacitação que o município tenha dado, ou que a rede tenha dado, nessa área de saúde mental ou de dependência química? O CAPS, a gente fez...				
11			Porque, antes, a gente não trabalhava em rede, né? Então, com esse pedido todo de trabalhar em rede, em rede, a gente faz as reuniões.		
12					Então, eu acho que isso nos ajudou bastante, até porque a gente não é muito preparado, né?
13	Mas lá com o CAPS. Eu não sei te dizer, assim, data ou quantas foram... Mas é tipo mini curso, algo assim? Não, são reuniões nossas. Não, cursos, não. As agentes de saúde já foram e nos repassam. Em capacitações? Aham. Sobre este tema específico? É. Mas pros enfermeiros, não, nada como foi feito pra elas? Não.				

1	CAPS AD	Queixa e demanda em relação a DQ	Motivos do uso de drogas	O usuário de drogas	Trabalho na ESF	Entorno social da ESF
2	Da ESF ao CAPS AD	Pouca/Nenhuma experiência DQ	Alívio do sofrimento	Doente	Grupos preventivos	Violência
3	Não aderência ao tratamento	A família pede ajuda, não o dependente	Genéticos/ Fisiológicos	Precisa de ajuda	Sobrecarga de tarefas	O medo dos enfermeiros
4	Pouco resolutivo	DQ chega por queixas clínicas	Estrutura familiar fragilizada	Sentimento de Pena	Acolhimento	Tráfico de drogas
5	Dificuldades na comunicação	DQ procura ESF para internar	Meio social desfavorável	Pessoa fraca	Trabalho em equipe / falam "nós"	
6			Cultura do local/bairro		A demanda DQ chega pelo ACS	
7			Falha do sistema educacional		ESF atende o que o MS preconiza	
8			Opção pessoal		Não há trabalho voltado à DQ nas ESF	
9			Curiosidade		Visão positiva do seu trabalho, no geral	
10						
11						
12						
13						

1	Capacitação na rede SUS	Formação acadêmica	Interação em rede	Vínculo	Insegurança Técnica	CAPS AD	Queixa e demanda em relação a DQ
14		<p>E tu considera que a tua formação lá da faculdade é capaz de embasar teus cuidados com esse tipo de paciente, dependente químico? O conhecimento que te foi passado durante a graduação? Na minha, não. Porque eu sou lá da primeira turma. Eu acho que isso não era um assunto muito... assim como é agora, né? Que é tratado bem diferente.</p>					
15					Não, isso tudo eu aprendi trabalhando.		
16							<p>E tu tem algum tipo de vivência de cuidado com dependentes químicos? Alguma vivência tua ou experiência em trabalhos anteriores? Ou alguma experiência pessoal? Não porque eu trabalhava em UTI. Na UTI e no PU, então eram as urgências, né? Não que a gente trabalhasse essa área, eram só os atendimentos de urgência. Uhum.</p>
17					<p>Eu aprendi a ver e a entender das drogas aqui. Eu não conhecia nada. Uhum. Há quanto tempo tu tá aqui? Ááá... Cinco anos fez, agora, em outubro. Aqui eu aprendi tudo, né? É? Eu nem imaginava o que era isso. Eu nem sabia o que era crack, o que era isso. E agora eu conheço tudo. E aí tu teve que estudar, assim, baixar a cabeça e...? É, é... Aprender muito com eles, né?</p>		

Motivos do uso de drogas	O usuário de drogas	Trabalho na ESF	Entorno social da ESF

## ANEXO E – Normas para Publicação na Revista Brasileira de Enfermagem

### REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (Qualis A2 – Enfermagem e Interdisciplinar)

#### NORMAS PARA PUBLICAÇÃO POLÍTICA EDITORIAL

A **Revista Brasileira de Enfermagem** (REBEn), órgão oficial de publicação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tem, como público alvo, profissionais e estudantes de Enfermagem e da Saúde. Sua missão é divulgar a produção científica de diferentes áreas do saber que sejam do interesse da Enfermagem. Recebe a submissão de manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. Além de seis números regulares por ano, podem ser publicados, eventualmente, números especiais, de acordo com avaliação da pertinência pela Comissão de Publicação ou Conselho Editorial da REBEn, e com a aprovação expressa da Diretoria da ABEn Nacional.

A REBEn adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo *Vancouver*, estão disponíveis na URL <[http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html)>.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à REBEn, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da REBEn, sendo vedada a reprodução parcial ou total dos mesmos, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem a autorização prévia do(a) Editor(a) Científico(a) da Revista.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 196/1996, o(s) autor(es) deve(m) mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país. Do mesmo modo, deve(m) mencionar no texto a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa.

A REBEn adota a exigência da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados pelas duas organizações (OMS e ICMJE). O número do registro do ensaio clínico deverá constar em nota de rodapé, na Página de Identificação do manuscrito, aspecto a que se condiciona a publicação.

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

#### CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

**Editorial** – Texto opinativo sobre assunto de interesse para o momento histórico, com possível repercussão na prática profissional. Pode conter até **duas (2) páginas**, incluindo referências, quando houver.

**Pesquisa** – Divulgação de pesquisa original e inédita, cujos resultados corroboram conhecimento disponível na área, ou ampliam o conhecimento da Enfermagem e/ou da Saúde sobre o objeto da investigação. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e referências.

**Revisão** – Estudo que reúne, de forma ordenada, resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de **vinte (20) páginas**, incluindo resumos e referências.

**Reflexão** – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e referências.

**Relato de Experiência** – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e referências.

Eventualmente, poderão ser publicados ainda: **Entrevista (máximo de 3 páginas)** com personalidade da Enfermagem e/ou da Saúde; manuscrito de **Autor convidado (máximo de 15 páginas)**, incluindo resumos e

referências); **Carta ao Editor (1 página)**; e **Resenha** de obra contemporânea, avaliada como sendo de interesse do público alvo da REBEn (**máximo de 2 páginas**, incluindo referências, se houver).

## **PREPARO DOS MANUSCRITOS**

### **Aspectos gerais**

Os manuscritos de todas as categorias aceitas para submissão à REBEn deverão ser digitados em arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas. As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências. O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, ou trechos de depoimentos ou entrevistas. Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5),]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5);]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5)].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la.

As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos. As ilustrações (tabelas, quadros e figuras – fotografias, desenhos, gráficos, etc.), serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco (5). O(s) autor(es) do manuscrito submetido à REBEn deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

### **Estrutura do texto**

É recomendável que os artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** sigam a estrutura convencional: Introdução, Revisão da Literatura, Método, Resultados, Discussão e Conclusões, sendo necessário, às vezes, incluir subtítulos em alguma(s) dessas seções. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente. Independentemente da categoria, os manuscritos devem conter, na ordem seguinte:

#### **a) Página de identificação**

É a **primeira página** do manuscrito e deverá conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (**máximo de 15 palavras**) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, título(s) universitário(s), cargo e função ocupados, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência. Se o manuscrito estiver baseado em tese de doutorado, dissertação de mestrado ou monografia de especialização ou de conclusão de curso de graduação, indicar, em nota de rodapé, a autoria, título, categoria (tese de doutorado, etc.), cidade, instituição a que foi apresentada, e ano.

#### **b) Resumo e Descritores**

O resumo e os descritores iniciam uma **nova página (a segunda)**. Independente da categoria do manuscrito, o Resumo deverá conter, no **máximo, 150 palavras**. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. No resumo deverão estar descritos o objetivo, a metodologia, os principais resultados e as conclusões, bem como os aspectos novos e mais importantes do estudo. O Resumo em português deverá estar acompanhado das versões em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Logo abaixo de cada resumo, incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5) descritores, *key words* e *palabras clave*. Recomenda-se que o(s) autor(es) do manuscrito confirme(m), na página eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), se os descritores que selecionou(aram) estão incluídos entre os *Descritores em Ciências da Saúde - DeCS* (<http://decs.bvs.br>).

#### **c) Corpo do texto**

O corpo do texto inicia **nova página (a terceira)**, em que não devem constar o título do manuscrito ou o nome do(s) autor(es). O corpo do texto é contínuo. A REBEn não utiliza o sistema de numeração progressiva das diferentes seções que compõem o corpo do texto do manuscrito.

#### **d) Agradecimentos (opcional)**

Os agradecimentos, **quando houver**, devem ser colocados antes da lista de referências. O(s) autor(es) deve(m) explicitar, além do(s) nome(s) da(s) pessoa(s), a razão para os agradecimentos. É recomendável que a(s) pessoa(s) seja(m) informada(s) dos agradecimentos que estão sendo feitos a ela(s), e que se obtenha a concordância para inclusão de seu nome nessa seção do manuscrito.

#### **e) Referências**

O número de referências no manuscrito deve ser **limitado a vinte (20)**, exceto nos artigos de Revisão. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine* – NLM), podem ser obtidos na URL <[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)>.

#### **PROCESSO DE SUBMISSÃO E AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS**

A REBEn adota o sistema eletrônico de submissão e gerenciamento do processo de editoração. Os manuscritos são submetidos por meio da URL <<http://www.scielo.br/reben/>>, acessando-se o link *Submissão Online*. Ao submeter o manuscrito, o autor responsável pela submissão deverá firmar eletronicamente, em seu nome e, quando houver, no dos coautores, que o manuscrito não está sendo submetido paralelamente a outro periódico e que, caso seja aceito, concorda com a transferência de direitos autorais para a REBEn. Este procedimento elimina a necessidade do envio de cartas de Responsabilidade de Autoria e de Transferência de Direitos Autorais.

A confiança na Comissão de Publicação e no Conselho Editorial, e a credibilidade dos artigos publicados na REBEn dependem, em parte, do modo como possíveis conflitos de interesse são administrados durante os processos de elaboração e submissão do manuscrito, de revisão por pares e de decisão editorial. Há conflito de interesse quando o(s) autor(es) e/ou a Instituição a que pertence(m), o avaliador ou o editor mantêm relações financeiras ou pessoais que influenciam de forma inadequada suas ações. Essas relações são também conhecidas como duplo compromisso, interesses concorrentes ou lealdades concorrentes, e podem ser mínimas, insignificantes, ou com potencial expressivo para influenciar as ações individuais ou grupais.

A REBEn, buscando evitar que conflitos de interesse possam afetar a confiança pública em seu processo de editoração, exige que o(s) autor(es), ao submeter um manuscrito, em qualquer das categorias aceitas para publicação, indique(m) se há, ou não, conflitos de interesse que possam ter influenciado, de forma inadequada, suas ações. O(a) Editor(a) Científico(a) e os Editores Associados da REBEn evitarão indicar revisores externos que possam ter algum conflito de interesse com o(s) autor(es) do manuscrito, a exemplo daqueles que trabalham no mesmo Departamento ou Instituição do(s) autor(es). Por seu turno, os revisores externos, estando cientes de relações financeiras ou pessoais que possam influir sobre suas opiniões sobre o manuscrito, devem abster-se de avaliar aqueles em que haja conflito de interesse evidente.

Para iniciar o processo de submissão o autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código alfanumérico (Exemplo: REBEN-0001). O autor responsável pela submissão, e todos os coautores, quando for o caso, receberão uma mensagem confirmando a submissão e a ID do manuscrito, para que possam acompanhar sua tramitação nas etapas do processo editorial.

Inicialmente, avalia-se o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo Vancouver na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores entre os *Descritores em Ciências da Saúde – DeCS*; e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double blind review*), com que se busca garantir o anonimato do(s) autor(es) e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito *aceito*, *rejeitado* ou, ainda, que *requer revisões*, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelo(a) Editor(a) Científico(a), e um parecer final é, então, enviado para o(s) autor(es).

#### **Taxas de Submissão e Editoração**

Não se exige mais que os autores de manuscritos para publicação na REBEn sejam assinantes da revista. A assinatura passa a ser voluntária. Entretanto, requerer-se-á uma **TAXA DE SUBMISSÃO** de manuscritos, no valor de R\$200,00 (duzentos reais); e uma **TAXA DE EDITORAÇÃO** para os artigos aceitos para publicação, no valor de R\$500,00 (quinhentos reais). Essas taxas devem ser pagas, por meio de transferências/depósitos bancários em nome da Associação Brasileira de Enfermagem, CNPJ 33.989.468-0001-00, no **Banco do Brasil, Agência: 3475-4, Conta Corrente: 220.482-7**. Os pagamentos feitos no exterior, na moeda brasileira (Real), devem seguir a taxa de câmbio comercial do dia em que for feita a submissão do manuscrito, ou em que o artigo for aceito para publicação.

O comprovante de pagamento da **TAXA DE SUBMISSÃO** deve ser inserido no sistema, ao se fazer a submissão no manuscrito, como Documento Suplementar (ver aba “RESUMO”, Docs. Sup. , INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR). **Não se devolve a taxa de submissão, caso o manuscrito não seja aceito para publicação.** Por seu turno, o comprovante de pagamento da **TAXA DE EDITORAÇÃO** deverá ser encaminhado ao e-mail, no prazo máximo de sete dias após o recebimento da confirmação de que o artigo foi aceito para publicação. O não cumprimento dessa condição sujeita o artigo ao arquivamento em definitivo.

**Revista Brasileira de Enfermagem- REBEn SGA Norte Quadra 603 Conj. "B" Av. L2 Norte CEP 70830-102 Brasília-DF, Brasil. Tel.: (55 61) 3226-0653**  
E-mail: [reben@abennacional.org.br](mailto:reben@abennacional.org.br)

## ANEXO F – Normas para Publicação na Revista Eletrônica de Enfermagem

### REVISTA ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM (Qualis B1- Enfermagem e Interdisciplinar)

#### DIRETRIZES PARA AUTORES

##### POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Eletrônica de Enfermagem (REE), disponível no site <http://www.fen.ufg.br/revista/>, é um periódico de acesso aberto, gratuito e trimestral, destinado à divulgação arbitrada da produção científica na área de Ciências da Saúde com ênfase na Enfermagem.

São aceitos manuscritos originais e inéditos, destinados **exclusivamente** à REE, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde, Enfermagem e correlatas.

A REE publica artigos em português, inglês ou espanhol, destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais, artigos de revisão sistemática, revisão integrativa e editorial.

As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial da Revista.

##### PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Os manuscritos são analisados em uma primeira etapa, pela Comissão Editorial, quanto à observância do atendimento das normas editoriais, coerência interna do texto, pertinência do conteúdo do manuscrito a linha editorial do periódico e contribuição para a inovação do conhecimento na área.

Sendo aprovados na etapa preliminar, os manuscritos são encaminhados para apreciação do seu conteúdo. Para tanto, utiliza-se o modelo *peer review*, de forma a garantir o sigilo quanto à identidade dos consultores e dos autores. A análise do texto é feita com base no instrumento de avaliação da Revista. Os pareceres encaminhados pelos consultores são analisados pela Comissão Editorial quanto ao cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Após esse processo são enviados aos autores com indicação de aceitação, reformulação ou recusa.

Em caso de reformulação, cabe a Comissão Editorial o acompanhamento das alterações. As pesquisas provenientes do Brasil, que envolvem seres humanos devem, obrigatoriamente, explicitar no corpo do trabalho o atendimento das regras da Resolução CNS 196/96, indicando número de aprovação emitido por Comitê de Ética, devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio para composição editorial e fechamento do número.

##### PROCESSO DE SUBMISSÃO

Os manuscritos deverão ser submetidos à REE exclusivamente pelo Sistema Eletrônica de Editoração de Revistas, disponível no endereço: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submit/1>, quando receberão um protocolo numérico de identificação.

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema:

- Arquivo do manuscrito no formato .doc;
- Formulário individual de solicitação de submissão (**conforme modelo**)
- Aprovação do comitê de ética em pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos. Para autores de outros países, os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Os formulários individuais, aprovação do comitê de ética ou declaração deverão ser digitalizados no formato JPG ou PDF, com tamanho máximo de um megabyte (1 MB) para cada arquivo, e enviados no sistema de submissão como “Documentos suplementares” (passo 4 do processo de submissão). No recebimento do manuscrito é feita conferência do manuscrito e da documentação. Havendo pendências serão solicitadas correções. O não atendimento dessas implica no cancelamento imediato da submissão.

##### CATEGORIA DOS ARTIGOS

**Artigos Originais:** são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa, que agreguem inovações e avanços na produção do conhecimento científico. Máximo de 15 laudas.

**Artigos de Revisão:** serão aceitas **apenas** revisões sistemáticas ou revisões integrativas de literatura, que sejam fundamentadas em referencial metodológico adequado ao objeto de estudo e alcance pretendidos, organizadas por procedimentos rigorosos e detalhados na condução da pesquisa. Máximo de 15 laudas.

**Editorial:** destina-se a publicação da opinião oficial da revista sobre temas relevantes da área de Enfermagem e Saúde

##### ESTRUTURA DO ARTIGO

Os manuscritos devem ser estruturados de forma convencional, contemplando os itens introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. O conteúdo do texto deve expressar contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

**Introdução:** texto breve, que apresente de forma clara e objetiva o problema estudado, fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser enfatizada a relevância da pesquisa em razão de lacunas do conhecimento identificadas e sua justificativa. Ao final devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.

**Métodos:** Definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os critérios para inclusão e exclusão e seleção do número de sujeitos. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo-se conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres humanos e número de aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.

**Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras são encorajados, evitando-se a repetição das informações em forma de texto.

**Discussão:** deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação, evitando-se a repetição de informações apresentadas em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, devendo-se buscar apoio em referencial teórico estritamente pertinente, atualizado e que permita identificar concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.

**Conclusão:** texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas a partir da investigação. Deve mostrar claramente o alcance do estudo, iniciando-se por conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Se pertinente podem ser apresentadas limitações identificadas e lacunas decorrentes da realização da investigação. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas.

#### **FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO**

- Formato .doc;
- Papel tamanho A4;
- Margens de 2,5 cm;
- Letra tipo Verdana, tamanho 10;
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;
- Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

#### **INSTRUÇÕES PARA O PREPARO DOS MANUSCRITOS**

**Título:** Deve ser apresentado em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo em até 15 palavras. Use maiúsculo somente na primeira letra do título que deve ser apresentada nas versões da língua portuguesa, inglesa e espanhola. Não utilizar abreviações no título e no resumo. A sequência de apresentação dos mesmos deve ser iniciada pelo idioma em que o artigo estiver escrito.

#### **Autoria:**

• A autoria dos manuscritos deve expressar a contribuição de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

• A identificação de cada autor deve ser feita somente pelo sistema de submissão.

• Devem ser apresentadas as seguintes informações: nome(s) completo(s) do(s) autor(es), formação universitária, titulação, instituição de origem e e-mail, preferencialmente, institucional.

**Resumo:** Deve ser apresentado na primeira página do trabalho, com no máximo 150 palavras, nas versões em português, inglês (abstract) e espanhol (resumen), na mesma sequência do título.

**Descritores:** Ao final do resumo devem ser apontados de 3 a 5 descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>).

**Siglas e abreviações:** Para o uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, aos quais estas correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

**Notas de rodapé:** deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

**Ilustrações:** São permitidas, no máximo, seis tabelas ou figuras que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez. Os títulos de tabelas e figuras devem conter informações precisas, indicando local do estudo e ano a que se referem os dados. As ilustrações e seus títulos devem estar centralizados e sem recuo, não ultrapassando o tamanho de uma folha A4.

**Citações:** Para citações “ipsis literis” de referências deve-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa deverão ser apresentadas em letra tamanho 10, em estilo itálico e na sequência do texto.

**Referências:**

- Não ultrapassar 25 referências, exceto para artigos de revisão. Estas devem representar e sustentar o estado da arte sobre o tema, serem atualizadas e procedentes, preferencialmente, de periódicos qualificados.

- Deve-se evitar o uso de dissertações, teses, livros, documentos oficiais e resumos em anais de eventos. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.

- Quando enviadas fora das normas é motivo de atraso no processo de avaliação do manuscrito.

- No texto devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos sobrescritos entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parêntese, sem menção aos autores.

- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-as por um traço ex. (1-3); quando intercalados utilize vírgula ex. (2,6,11).

- As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).

**Agradecimentos e Financiamentos:** Agradecimentos e/ou indicação das fontes a apoio de pesquisa deve ser informada ao final do artigo.

**EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS**

**Artigos em periódicos**

Estrutura: Autores. Título do artigo. Título do periódico. Ano de publicação;Volume(Número):Páginas.

Observações:

1. Após o ano de publicação, não usar espaços.

2. Usar os títulos abreviados oficiais dos periódicos. Para abreviatura de periódicos consultar: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=journals&Cmd=DetailsSearch&Term=currentlynindexed\[All\]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=journals&Cmd=DetailsSearch&Term=currentlynindexed[All]).

3. Ao listar artigos com mais de seis autores, usar a expressão et al após o sexto autor.

**Artigo em periódico científico**

- Artigo Padrão

Esperidião E, Munari DB. Holismo só na teoria: a trama dos sentimentos do graduando de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP. 2004;38(3):332-40.

Ramos Filho AOA, Castro TWN, Rêgo MAV, Alves FO, Almeida LC, Sousa MV, et al. Fatores preditivos de recidiva do carcinoma mamário. Revista Brasileira de Cancerologia. 2002;48(4):499-503.

- Volume com suplemento

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

- Número com suplemento

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

- Número sem volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. Clin Orthop. 2002;(401):230-8.

- Sem volume ou número

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002:1-6

- Artigo em uma língua diferente do português, inglês e espanhol

Hirayama T, Kobayashi T, Fujita T, Fujino O. [A case of severe mental retardation with blepharophimosis, ptosis, microphthalmia, microcephalus, hypogonadism and short stature-the difference from Ohdo blepharophimosis syndrome]. No To Hattatsu. 2004;36(3):253-7. Japanese.

- Artigo sem dados do autor

21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002;325(7357):184.

- Artigo em periódico eletrônico

Santana RF, Santos I. Transcender com a natureza: a espiritualidade para os idosos. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2005 [cited 2006 jan 12];7(2):148-58. Available

from: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_2/original\\_02.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/original_02.htm).

- Artigo aceito para publicação, disponível online:

Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás. Ciênc. saúde coletiva [internet]. Forthcoming. [cited 2009 mar 09]. Author's manuscript available at: [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2494](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2494).

### **Livros:**

- Com único autor

Demo P. Auto-ajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

- Organizador, editor, compilador como autor

Brigh MA, editor. Holistic nursing and healing. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.

- Capítulo de livro

Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editors. Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios. Brasília: Letras Livres UnB; 2007. p. 99-118.

- Instituição como autor

Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

- Livro com tradutor

Stein E. Anorectal and colon diseases: textbook and color atlas of proctology. 1st Engl. ed. Burgdorf WH, translator. Berlin: Springer; c2003. 522 p.

- Livro disponível na Internet

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Ministério da Saúde. Por que pesquisa em saúde? Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pesquisa para Saúde: Textos para Tomada de Decisão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2009 Mar 09]. Available from: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pq\\_pesquisa\\_em\\_saude.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pq_pesquisa_em_saude.pdf).

### **Monografia, dissertação e tese**

- Monografia

Tonon FL, Silva JMC. O processo de enfermagem e a teoria do autocuidado de Orem no atendimento ao paciente submetido à cirurgia de próstata: implementação de um plano de cuidados individualizado no preparo para a alta hospitalar [monography]. São Carlos: Departamento de Enfermagem/UFSCar; 2005.

- Dissertação

Coelho MA. Planejamento e execução de atividades de enfermagem em hospital de rede pública de assistência, em Goiânia/GO [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2007. 119 p.

- Tese

Souza ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2001. 65 p.

### **Trabalhos em eventos científicos**

- Anais/Proceedings de conferência

Munari DB, Medeiros M, Bezerra ALQ, Rosso, CFW. The group facilitating interpersonal competence development: a brazilian experience of mental health teaching. In: Proceedings of the 16th International Congress of Group Psychotherapy [CD-ROM]; 2006 jul 17-21; São Paulo, Brasil. p. 135-6. Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Canabinoids and pain. In: Dostorovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Congress on Pain; 2002 Aug 17-22; San Diego, CA. Seattle (WA): IASP Press; c2003. p. 437-68.

- Anais/Proceedings de conferência disponível na Internet

Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde. In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem [Internet]; 2002 Maio 02-03; São Paulo, Brasil. 2002 [cited 2008 dec 31]. Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a060.pdf>.

- Trabalho apresentado em evento científico

Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery; 2000 July 25-28; Manchester, UK. Geneva: WHO; 2000.

### **Outras publicações**

- Jornais

Souza H, Pereira JLP. O orçamento da criança. Folha de São Paulo. 1995 maio 02; Opinião: 1º Caderno.

- Artigo de jornal na internet

Deus J. Pacto visa o fortalecimento do SUS em todo estado de Mato Grosso. Diário de Cuiabá [Internet]. 2006 Apr 25 [cited 2009 feb 16]. Saúde. Available from: <http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=251738>.

- Leis/portarias/resoluções

Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN; 2007.

- Base de dados online

Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. 2006 Jul 19 [cited 2009 mar 02]. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Ltd. c1999 – Available from:<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004950/frame.html> Record No.: CD004950.

- Texto de uma página da Internet

Carvalho G. Pactos do SUS – 2005 – Comentários Preliminares [Internet]. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado; 2005 Nov 15 [cited 2009 mar 11]. Available from: [http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza\\_conteudo1.php?id=1638](http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza_conteudo1.php?id=1638)

- Publicação no Diário Oficial da União

Lei N. 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília). 1994 Jan 05.

- Homepage da Internet

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2009 feb 27]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2005. Available

from:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtm>

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2006 oct 20]. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Available from:<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.

### **Condições para Submissão**

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1.A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

2.O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em **Diretrizes para Autores**, na página Sobre a Revista.

### **3.Formatção do manuscrito:**

- Arquivo no formato Microsoft Word (.doc);
- Papel tamanho A4;
- Margens de 2,5 cm;
- Fonte Verdana, tamanho 10;
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;
- Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

### **4.Ilustrações (tabelas, figuras e quadros):**

○ São permitidas, no máximo, seis ilustrações, que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez.

○ Os títulos de tabelas e figuras devem conter informações precisas, indicando local do estudo e ano a que se referem os dados.

○ As ilustrações e seus títulos devem estar centralizados e sem recuo, não ultrapassando o tamanho de uma folha A4.

5.A lista de referências atende os modelos apresentados e os limites estabelecidos nas **Diretrizes para Autores**, na página Sobre a Revista:

- **Artigos Originais:** máximo de 25 referências;
- **Artigos de Revisão:** não possuem limitação na quantidade de referências

### **Declaração de Direito Autoral**

Os manuscritos deverão ser submetidos à REE exclusivamente pelo Sistema Eletrônica de Editoração de Revistas, disponível no endereço:<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submit/1>, quando receberão um protocolo numérico de identificação.

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema:

- Arquivo do manuscrito no formato .doc;
- Formulário individual de solicitação de submissão (**conforme modelo**)

- Aprovação do comitê de ética em pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos. Para autores de outros países, os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Os formulários individuais, aprovação do comitê de ética ou declaração deverão ser digitalizados no formato JPG ou PDF, com tamanho máximo de um megabyte (1 MB) para cada arquivo, e enviados no sistema de submissão como “Documentos suplementares” (passo 4 do processo de submissão).

No recebimento do manuscrito é feita conferência do manuscrito e da documentação. Havendo pendências serão solicitadas correções. O não atendimento dessas implica no cancelamento imediato da submissão.

#### **Política de Privacidade**

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados.