



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**JESSICA ADRIELLE TEIXEIRA SANTOS**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A  
USUÁRIOS DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS: UM ESTUDO DE CASO**

**MARINGÁ**

**2011**

**JESSICA ADRIELLE TEIXEIRA SANTOS**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A  
USUÁRIOS DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Gestão do Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Magda Lúcia Félix de Oliveira

**MARINGÁ**

**2011**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

S237a Santos, Jessica Adrielle Teixeira  
Implantação da política de atenção integral a usuários  
de álcool e outras drogas: um estudo de caso. / Jessica  
Adrielle Teixeira Santos. -- Maringá, 2011.

147f. : il., tabs., figs., Color.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Magda Lúcia Félix de Oliveira.

Dissertação (Mestrado)Universidade Estadual de Maringá,  
Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Linha de Pesquisa:  
Gestão do Cuidado em Saúde.

1. Avaliação. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Drogas  
de Abuso. 4. Atenção Primária a Saúde. I. Oliveira, Magda  
Lúcia Félix de, orient. II. Universidade Estadual de  
Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de  
Enfermagem, Programa de pós-Graduação em Enfermagem - Linha  
de Pesquisa: Gestão do Cuidado em Saúde. III. Título

CDD. 21.ed. 610.734

AHS000031

JESSICA ADRIELLE TEIXEIRA SANTOS

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A  
USUÁRIOS DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Gestão do Cuidado em Saúde.

Aprovada em 9 de dezembro de 2011.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Magda Lúcia Félix de Oliveira  
Universidade Estadual de Maringá – Departamento de Enfermagem

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria José Scochi  
Universidade Estadual de Maringá – Departamento de Enfermagem

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sandra Cristina Pillon  
Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

## **Dedico**

Aos que acreditam e lutam por um sistema de saúde equânime e acessível a toda população brasileira, sem nenhum tipo de distinção. Que respeite as singularidades de cada indivíduo e exerça suas atividades em busca de um bem maior, a saúde e bem estar da população.

## AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira, por todo empenho, sabedoria, paciência, zelo e, acima de tudo, pela amizade. Gostaria de ratificar minha admiração pela mulher e profissional que me mostrou o caminho da ciência, e conduziu a orientação deste trabalho, atendendo sempre às minhas incessantes solicitações e pelos longos momentos de discussão que, para mim, sempre foram muito proveitosos e prazerosos.

À minha família, por depositarem em mim confiança e pelo apoio incondicional para a concretização desta importante etapa da minha vida. Agradeço em especial a minha mãe Cidinha e meus irmãos Yuri e Stefanie, por compreenderem a minha constante ausência. A minha avó, Dona Cida pelo carinho e palavras de conforto. A minha tia Darci e sua família por acreditar em mim e ter oferecido os meios para que eu conseguisse alcançar meus objetivos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, pelas imprescindíveis contribuições que tornaram factível a realização deste trabalho.

À Secretária Municipal de Saúde de Maringá, pelo apoio institucional e técnico, sem o qual seria impossível realizar o presente estudo.

A todos os meus amigos que sempre estiveram presentes me aconselhando e incentivando com carinho e dedicação. Seria injusto não citar cinco amigos em especial, sei que cometo injustiça com outros, mas estes desde o início acompanharam meu trabalho, além do companheirismo na realização das viagens, que trouxeram momentos que serão sempre lembrados, Maycon Selegim, Sônia Marangoni, Aline Machado, Rosangela Martins e Aliny Lima.

À Fundação de Araucária, pelo incentivo e apoio à pesquisa através da bolsa concedida, indispensável à criação das condições financeiras para a realização deste estudo.

Aos membros da banca pelas preciosas críticas e sugestões, que em todos os momentos envolveram a elaboração deste trabalho.

Ao meu namorado e companheiro, Lucas Brum, por ter incentivado meu ingresso no mestrado, pelo apoio logístico durante a realização da coleta de dados, e por sempre ter estado ao meu lado, compreendendo a minha constante ansiedade e impaciência, em especial, no final deste trabalho.

Ao Centro de Controle de Intoxicação do Hospital Universitário Regional de Maringá

(CCI/HUM) e a todos os seus profissionais e plantonistas, que além da amizade, contribuíram para o meu amadurecimento científico e profissional, por meio dos plantões e atividades realizadas durante o mestrado.

À secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cristiane, pela valiosa colaboração durante esses dois anos e acima de tudo, pela sua amizade.

À zeladora do bloco de Enfermagem, Avidelina, pela amizade, e pelo cafezinho diário que dava início a um dia inteiro de muito trabalho.

Aos profissionais que abrilhantaram a pesquisa com seus depoimentos, agradeço a disponibilidade e o aceite, pois sem eles nenhuma dessas páginas estaria completa.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução dessa Dissertação de Mestrado.

As drogas, são produtos químicos sem alma:  
não falam, não pensam e não simbolizam. Isto  
é coisa de humanos. Drogas, isto não me  
interessa. Meu interesse é pelos humanos e  
suas vicissitudes.  
(Antonio Nery Filho)



SANTOS, J. A. T. **Avaliação da Implantação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**: um estudo de caso. 2011. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

## RESUMO

O consumo e o impacto social do uso de drogas de abuso são temas de grande preocupação social. Em 2004, o Ministério da Saúde divulgou o documento *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, com o objetivo de estruturar e fortalecer uma rede de assistência, baseada em dispositivos extra-hospitalares articulados à rede assistencial de saúde, em especial de Saúde Mental. O presente estudo avaliou a implantação das diretrizes do Documento na atenção primária a saúde. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, por meio de um estudo de caso único, realizada no município de Maringá - Paraná. Escolheu-se intencionalmente uma unidade básica de saúde da região Norte, pois a sua área de abrangência possui os maiores indicadores municipais de internação e violência relacionados às drogas de abuso, além de ser considerada de baixo desenvolvimento social. Os sujeitos da pesquisa foram três gestores municipais e 16 profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família, incluindo profissionais que atuam no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, considerados usuários potenciais do Documento. Foram utilizados como recursos metodológicos a análise documental, a observação, dois modelos de questionário autoaplicáveis, a entrevista, e o diário de campo. As dimensões de análise do estudo foram estabelecidas por meio de um modelo teórico norteador da avaliação, dividido em contexto externo –Político Institucional e Organização do Atenção – e contexto interno – Integralidade do Cuidado e Organização da Atenção. Como padrão para orientar o processo avaliativo elegeu-se as diretrizes Intersetorialidade, Prevenção de Agravos, e Promoção e Proteção à Saúde, e a partir desse padrão elaborou-se graficamente o modelo lógico de avaliação, que se pautou na construção de “eventos teoricamente previstos” como critérios para comparação dos eventos realizados. Para o julgamento do grau de implantação preconizou-se que a proporção de respostas que apresentassem consistência entre as propostas do Documento corresponderia à maior ou menor implantação. O grau de implantação global das diretrizes e o grau de implantação de cada diretriz foram obtidos após a soma dos percentuais de frequência, seguida do cálculo da média aritmética e apresentados sob a forma de tabelas com distribuição simples de frequência. O projeto de pesquisa foi

aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 102/2011). A pesquisa resultou em quatro níveis de informação: (1) estudo crítico reflexivo sobre políticas públicas de enfrentamento do uso de drogas de abuso no país, realizado por meio de análise documental e bibliográfica; (2) informações sobre a rede municipal de saúde de Maringá, principalmente no campo da assistência a usuários de álcool e outras drogas, com dados relativos aos anos de 2000 à 2011, discutindo o papel do contexto externo na implantação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas no município de Maringá; (3) avaliação do grau de implantação das diretrizes Intersetorialidade, Prevenção de Agravos, e Promoção e Proteção à Saúde, por meio de abordagem aos usuários potenciais do Documento, considerando, principalmente, o contexto organizacional – estrutura da Unidade e processo de trabalho das equipes; e (4) percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência a usuários de álcool e outras drogas na Atenção Primária à Saúde, informada por meio de entrevista e observação, realizadas em 2011. Concluiu-se que, de forma global, o grau de implantação das diretrizes avaliadas foi insatisfatório, com percentual de concordância de 66,9% e variação de 65,6% para a diretriz Prevenção de agravos e de 68,3% para a diretriz Promoção e Proteção à Saúde. Para os gestores municipais e os profissionais de saúde do NASF o grau de implantação foi considerado aceitável, compreendendo os valores de 91,6% e 80,5% respectivamente, porém os profissionais de saúde das equipes do NASF e da ESF, apesar de conhecerem parcialmente o conteúdo teórico do Documento, desenvolvem várias ações contempladas nas diretrizes analisadas. Os resultados apontam para a realização de estudos ampliados, fazendo uma interlocução com os dispositivos substitutivos da rede de atenção em saúde mental, considerando que a atenção integral é constituída por um conjunto de dispositivos intersetoriais.

**Palavras-chave:** Avaliação. Políticas Públicas de Saúde. Drogas de Abuso. Atenção Primária a Saúde.

SANTOS, J. A. T. **Evaluation of the Establishment of the Policy of Integral Attention to the Alcohol and Other Drugs Users: a case study.** 2011. 147 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Maringa State University, 2011.

## ABSTRACT

The use of drugs of abuse and its social impact have become a great social concern. In 2004, the Brazilian Ministry of Health released a document entitled *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* (“Ministry of Health Policy for Integral Care to the Alcohol and Other Drugs Users”), aiming at organizing and enhancing an assistance network, based upon extra-hospital devices, connected to the health care network, especially to the mental health network. The present work evaluated the establishment of the guidelines proposed in the document in the Primary Health Care. It is an evaluative research, carried out by means of a single case study, performed in Maringa, state of Parana, Brazil. A northern Basic Health Care Center was chosen on purpose, for it is located in an area with the highest numbers of hospitalization and violence related to drugs of abuse in the city. Besides, it is an area considered to be of a low social development. The research subjects were three city managers and 16 professionals from the Family Health Care Program, including professionals working at the Family Health Support Nucleus, people considered potential users of the document. As methodological resources, we used documental analyses, observation, two kinds of self-applicable questionnaires, interview and a field journal. The study analysis dimensions were set by means of a theoretical model guiding the evaluation, divided into external context – political, institutional and organizational – and internal context – care completeness and organization. The standard guidelines chosen to steer the evaluation process were intersectorial characteristics, disease prevention and health promotion and protection. From these standards an evaluation logical model was made graphically; it was based upon the construction of “theoretically predicted events” as criteria for comparing the events realized. For judging the establishment level, it was decided that the proportion of responses which presented consistence in relation to the document proposals would correspond to a higher or lower level of establishment. The level of establishment of the guidelines as a whole and the level of establishment of each guideline were obtained by the sum of the frequency percentage, followed by the calculation of the arithmetic mean. They were presented in tables in the form of simple distribution frequency. The research project

was approved by the Committee of Ethics and Human Research of Maringa State University (opinion number 102/2011). The research resulted in four levels of information: (1) reflexive and critical study on public policies for fighting the use of drugs of abuse in Brazil, carried out by means of the documental and bibliographical analysis; (2) information on Maringa City Health Network, mainly concerning the assistance to users of alcohol and other drugs, with data relative to the period from 2000 to 2011, discussing the role of the external context in the establishment of the policy for integral care for the alcohol and other drugs users in Maringa; (3) evaluation of the level of the intersectorial, disease prevention and health promotion and protection guidelines, by means of the approach to the potential users of the document, mainly considering the Basic Health Care Center organizational and structural context and the teams' working processes; and (4) perception of the health professionals about the assistance of alcohol and other drugs users at the Primary Health Care, reported in the interview and the observation carried out in 2011. We concluded that, as a whole, the level of establishment of the guidelines evaluated was unsatisfying, with an agreement percentage of 66.9% and a variation of 65.6% for the guideline disease prevention and of 68.3% for the guideline health protection. For municipal managers and for the health professionals of the Family Health Support Nucleus, the level of establishment was acceptable, comprehending percentages of 91.6% and 80.5% respectively. Even knowing only partially the theoretical content of the document, the health professionals from Family Health Support Nucleus and from the Family Health Care Program, develop many actions suggested in the guidelines analyzed. The results show the necessity of expanded studies, allowing the substitution of the mental health network devices, considering the fact that the integral care is constituted of a set of intersectoral devices.

**Keywords:** Evaluation. Public Health Polices. Drugs of abuse. Primary Health Care.

SANTOS, J. A. T. **Evaluación de la Implantación de la Política de Atención Integral A Usuarios de Alcohol y Otras Drogas**: un estudio de caso. 2011. 147 f. Disertación (Máster en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

## RESUMEN

El consumo y el impacto social del uso de drogas de abuso son temas de gran preocupación social. En 2004, el Ministerio de la Salud divulgó el documento *La Política del Ministerio de la Salud para la Atención Integral a Usuarios de Alcohol y Otras Drogas*, con el objetivo de estructurar y fortalecer una red de asistencia, basada en dispositivos extra-hospitalarios articulados a la red asistencial de salud, en especial de Salud Mental. El presente estudio evaluó la implantación de las directrices del Documento en la atención primaria a la salud. Se trata de una investigación evaluativa, por medio de un estudio de caso único, realizada en el municipio de Maringá - Paraná. Se eligió intencionalmente una unidad básica de salud de la región Norte, pues su área de alcance posee los mayores indicadores municipales de internación y violencia relacionados a las drogas de abuso, además de ser considerada de bajo desarrollo social. Los sujetos de la investigación fueron tres gestores municipales y 16 profesionales de salud de la Estrategia de Salud de la Familia, incluyendo profesionales que actúan en el Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia – NASF, considerados usuarios potenciales del Documento. Fueron utilizados como recursos metodológicos el análisis documental, la observación, dos modelos de cuestionario autoaplicables, la entrevista, y el diario de campo. Las dimensiones de análisis del estudio fueron establecidas por medio de un modelo teórico guía de la evaluación, dividido en contexto externo – Político Institucional y Organización de la Atención – y contexto interno – Integralidad del Cuidado y Organización de la Atención. Como estándar para orientar el proceso evaluativo se eligió las directrices Intersectorialidad, Prevención de Agravios, y Promoción y Protección a la Salud, y a partir de ese modelo se elaboró gráficamente el modelo lógico de evaluación, que se basó en la construcción de “eventos teóricamente previstos” como criterios para comparación de los eventos realizados. Para el juicio del grado de implantación se preconizó que la proporción de respuestas que presentase consistencia entre las propuestas del Documento correspondería a la mayor o menor implantación. El grado de implantación global de las directrices y el grado de implantación de cada directriz fueron obtenidos después de la suma de los porcentuales de frecuencia, seguida del cálculo de la media aritmética y presentados bajo la forma de tablas

con distribución simple de frecuencia. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación con Seres Humanos de la Universidad Estatal de Maringá (Parecer n° 102/2011). La investigación resultó en cuatro niveles de información: (1) estudio crítico reflexivo sobre políticas públicas de enfrentamiento del uso de drogas de abuso en el país, realizado por medio de análisis documental y bibliográfica; (2) informaciones sobre la red municipal de salud de Maringá, principalmente en el campo de la asistencia a usuarios de alcohol y otras drogas, con datos relativos a los años de 2000 a 2011, discutiendo el rol del contexto externo en la implantación de la Política de Atención Integral a Usuarios de Alcohol y Otras Drogas en el municipio de Maringá; (3) evaluación del grado de implantación de las directrices Intersectorialidad, Prevención de Agravios, y Promoción y Protección a la Salud, por medio de abordaje a los usuarios potenciales del Documento, considerando, principalmente, el contexto organizacional – estructura de la Unidad y proceso de trabajo de los equipos; y (4) percepción de los profesionales de salud sobre la asistencia a usuarios de alcohol y otras drogas en la Atención Primaria a la Salud, informada por medio de entrevista y observación, realizadas en 2011. Se concluye que, de forma global, el grado de implantación de las directrices evaluadas fue insatisfactorio, con porcentual de concordancia de 66,9% y variación de 65,6% para la directriz Prevención de agravios y de 68,3% para la directriz Promoción y Protección a la Salud. Para los gestores municipales y los profesionales de salud de NASF el grado de implantación fue considerado aceptable, comprendiendo los valores de 91,6% y 80,5% respectivamente, sin embargo los profesionales de salud de los equipos de NASF y de ESF, a pesar de que conocieran parcialmente el contenido teórico del Documento, desarrollan varias acciones contempladas en las directrices analizadas. Los resultados apuntan para la realización de estudios ampliados, haciendo una interlocución con los dispositivos sustitutos de la red de atención en salud mental, considerando que la atención integral es constituida por un conjunto de dispositivos intersectoriales.

**Palabras clave:** Evaluación. Políticas Públicas de Salud. Drogas de Abuso. Atención Primaria a la Salud.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo teórico para avaliação .....	31
Figura 2	Modelo lógico para avaliação .....	32
Figura 3	Mapa Social dos territórios prioritários de Maringá-Paraná, 2011 .....	34
Figura 4	População em estudo .....	35
Quadro 1	Parâmetros para a classificação do grau de implantação .....	39

### ARTIGO 2

Figura 1	Modelo teórico da análise segundo as dimensões de análise .....	61
Figura 2	Fluxograma de atendimento/encaminhamento de indivíduos em uso abusivo de álcool e outras drogas. Maringá-Paraná, 2011 .....	65

### ARTIGO 3

Figura 1	Modelo lógico para avaliação .....	87
Quadro 1	Parâmetros para a classificação do grau de implantação .....	89

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 3

Tabela 1	Caracterização dos usuários potenciais das diretrizes avaliadas. Maringá-Paraná, 2011 .....	91
Tabela 2	Distribuição da frequência dos percentuais de concordância dos critérios avaliativos. Maringá-Paraná, 2011 .....	93



## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS ad	Centro de Apoio Psicossocial – álcool e drogas
CAPS i	Centro de Apoio Psicossocial – infantil
CECAPS	Centro de Capacitação Permanente em Saúde
CISAM	Centro Integrado de Saúde Mental
COFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
COMAD	Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CRAS	Centro de Referência Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
HMM	Hospital Municipal de Maringá
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NIS	Núcleo Integrado de Saúde
OEDT	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
SAMU	Serviço Atendimento Móvel Urgências
SASC	Secretaria de Assistência Social e Cidadania
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SHRad	Serviço Hospitalar de Referência para usuários de álcool e outras drogas
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de saúde
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes

VD            Visita Domiciliar  
WHO        World Health Organization

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
1.1	O FENÔMENO DAS DROGAS NO BRASIL E NO MUNDO .....	19
1.2	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DROGAS DE ABUSO E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	22
1.3	AValiação DE POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE .....	25
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	29
2.1	OBJETIVO GERAL .....	29
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	29
3	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	30
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	30
3.1.1	<b>Modelo teórico da avaliação</b> .....	30
3.1.2	<b>Modelo lógico da avaliação</b> .....	31
3.2	MUNICÍPIO CASO .....	33
3.3	POPULAÇÃO EM ESTUDO .....	34
3.4	FONTES E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS .....	36
3.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS .....	37
3.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	38
3.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	40
4	<b>ARTIGO 1</b> .....	41
5	<b>ARTIGO 2</b> .....	56
6	<b>ARTIGO 3</b> .....	83
7	<b>ARTIGO 4</b> .....	105
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	122
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	124
	<b>APÊNDICES</b> .....	133
	<b>ANEXO</b> .....	145

## 1 INTRODUÇÃO

O consumo e o impacto social do uso de drogas de abuso são temas de grande preocupação social na atualidade. Resultados de diferentes pesquisas identificam crescente aumento do consumo de drogas de abuso para fins recreativos, redução da idade de iniciação e facilidade de obtenção das drogas, devido a diferentes formas de produção e preços mais acessíveis (BÜCHELE; COELHO; LINDNER, 2009; CARLINI, 2010; MOMBELLI; MARCON; COSTA, 2010; MORAES, 2005; SPRICIGO et al., 2004).

O uso de drogas configura-se como um problema de saúde pública global, devido à dependência decorrente de seu uso, à extensão de seus efeitos, que ultrapassa o limite do biológico, a severidade dos efeitos produzidos pelo seu uso crônico, e o aumento vertiginoso da prevalência na população mundial (LORENZO, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, esta realidade encontra equivalência em todo território brasileiro (BRASIL, 2004a).

O usuário de drogas também é um cidadão merecedor de direitos e em exercício pleno da cidadania. Desta forma deve ser acolhido e vinculado como qualquer outro usuário dos serviços de saúde e deve ser assistido de forma integral, equânime e justa em sua singularidade e inserção sócio-cultural. Este atendimento deve ser coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pela universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, pelo vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, com a mudança no paradigma de “doentes” para novos cidadãos (BRASIL, 2004a).

No entanto, como docente responsável pelo acompanhamento de aulas práticas supervisionadas de Enfermagem em Saúde Mental em unidades básicas de saúde, observei a distância existente entre usuários de drogas de abuso e o serviço local de saúde, e acompanhei as dificuldades enfrentadas pelos profissionais integrantes das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo enfermeiros e auxiliares de enfermagem, em acessá-los. Observei que “ser usuário de drogas” é um estigma, um perigo para a sociedade, e essa concepção negativa influencia as práticas de assistência à saúde dos usuários de drogas de abuso, muitas vezes não considerados como pessoas que necessitam de cuidados.

Nas recomendações da Organização Mundial da Saúde para a atuação dos profissionais em saúde mental, a ênfase está centrada no provimento do tratamento dos transtornos mentais na própria atenção primária, por ser este um passo fundamental para melhorar o acesso desses pacientes aos serviços de saúde e por considerar que muito dos problemas podem ter resolutividade nesse nível de atuação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Em 2004, o Ministério da Saúde divulgou o documento *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, com o objetivo de estruturar e fortalecer uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, devidamente articulado à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, da lógica ampliada de redução de danos, da procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004a).

Neste contexto, quando se fala em uso de drogas de abuso é preciso correlacionar a droga, o indivíduo e o meio em que ele vive, discutindo os fatores sociais que levam à utilização de substâncias psicoativas. Fomentar, então, a discussão de questões envolvidas no enfrentamento do consumo de álcool e outras drogas na Atenção Primária à Saúde (APS) e no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma atitude necessária, pois o maior potencial dessa proposta de intervenção está no envolvimento das práticas assistenciais de seus agentes com a comunidade (BARROS; PILLON, 2007; RABELO et al., 2007).

## 1.1 O FENÔMENO DAS DROGAS NO BRASIL E NO MUNDO

As drogas de abuso, ou também drogas psicotrópicas, são consideradas substâncias que, ao serem introduzidas no organismo, interferem no funcionamento do sistema nervoso central provocando mudanças da percepção, do humor, das sensações de prazer, no alívio do medo, da dor, das frustrações, das angústias, e podem ser classificadas em drogas de abuso lícitas e ilícitas (CARLINI et al., 2001; NICASTRI, 2011).

As drogas de abuso lícitas são produtos contendo substâncias psicoativas cuja produção, comercialização e uso não são criminalizados, incluindo tabaco, o álcool e os

medicamentos. As drogas ilícitas, no entanto, têm comercialização, produção e uso proibidos e são passíveis de criminalização e repressão, tais como maconha, cocaína, heroína e solventes (BRASIL, 2010).

As drogas de abuso, também são classificadas de acordo com a ação que exercem sobre o sistema nervoso central, em depressoras, estimulantes e perturbadoras. As drogas depressoras causam uma diminuição global ou de certos sistemas específicos do sistema nervoso central, reduzindo a atividade motora, a ansiedade, a atenção, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual. As estimulantes, aceleram a atividade de determinados sistemas neuronais, trazendo como conseqüências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos. As perturbadoras, produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento do cérebro, como delírios, alucinações e alteração na senso-percepção (NICASTRI, 2011).

A maioria das drogas é considerada como drogas naturais, produzidas a partir de plantas, como a maconha ou haxixe, que é feita com *Cannabis sativa*, o ópio, proveniente da flor da papoula, e a cocaína, um alcalóide extraído das folhas do arbusto *Erythroxylum coca*. Outras são produzidas em laboratórios e denominadas drogas sintéticas, como o *ecstasy* (metanfetaminas), solventes e inalantes, o LSD (dietilamida do ácido lisérgico), o *crack*, que é um desenvolvimento moderno do consumo de cocaína, e os medicamentos psicotrópicos em geral (CAPOZZOLI, 2010; CARLINI, 2010; SANTOS-JÚNIOR et al., 2010; SEIBEL, 2010).

O fenômeno das drogas afeta diretamente todos os países. Cerca de 200 milhões de pessoas – quase 5% da população mundial entre 15 e 64 anos – usa drogas ilícitas pelo menos uma vez por ano. Os países da América Latina, por suas condições sócio-econômicas, políticas e educacionais deficitárias, configuram-se como sociedades muito frágeis para o consumo de álcool e outras drogas (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2010; WRIGHT, 2004).

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), cuja função é realizar um intercâmbio rápido de informações sobre novas substâncias psicoativas que possam constituir uma ameaça social ou para a saúde pública, desde a sua criação, em 1997, já notificou mais de 90 substâncias pelo sistema de alerta rápido. Em 2008, 13 substâncias psicoativas novas foram oficialmente notificadas pela primeira vez na Europa (OEDT, 2009).

Em 2010, um relatório divulgado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), mostrou que o consumo de drogas está se deslocando em direção a novas drogas e mercados. O cultivo de drogas está diminuindo no Afeganistão (ópio) e nos países andinos (coca), e o consumo de drogas tem se estabilizado nos países desenvolvidos.

Entretanto, há sinais de aumento no consumo de drogas nos países em desenvolvimento, além de um aumento no consumo de substâncias do tipo anfetamina e no abuso de medicamentos sob obrigatoriedade de prescrição médica em todo o mundo (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2010).

Segundo Minayo (2003), o mercado de drogas possui as características mais avançadas do capitalismo atual, tendo em vista que faz parte de circuitos globais, com redes internacionais de produção e distribuição, além de uma organização complexa, extremamente capilarizada, que atinge todas as camadas sociais, utilizando as mais sofisticadas estratégias de acumulação de riqueza do comércio.

Os documentos internacionais também expõem a falta de serviços para tratamento de usuários de drogas em todo o mundo. Estima-se que, em 2008, apenas um quinto dos usuários de drogas dependentes recebeu tratamento, o que significa cerca de 20 milhões de pessoas dependentes de drogas não tiveram tratamento adequado (OEDT, 2009; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2010).

No Brasil, de acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas em indivíduos de 12 a 65 anos, realizado em 2005, o índice de pessoas que declarou ter usado algum tipo de droga no ano foi de 22,8%, o que corresponde a uma população de 10.746 pessoas, um aumento de 3,4%, quando comparados ao I Levantamento Domiciliar, realizado em 2001 (CARLINI et al., 2006; GALDURÓZ, 2011).

Com relação ao uso de drogas por jovens e adolescentes em situação de rua, um estudo realizado com jovens entre 10 e 18 anos em todas as capitais brasileiras, evidenciou que entre os jovens que não moravam com a família, 88,6% relataram ter feito uso de algum tipo de droga no mês anterior à entrevista, principalmente com relação ao álcool, 43% (incluindo os que moravam com a família e os que não moravam) relatam ter usado no último mês (GALDURÓZ, 2011; OLIVEIRA; ARNAUTS, 2011).

O uso indevido de medicamentos psicotrópico também é um indicador que merece atenção. Estudos recentes mostram que os benzodiazepínicos têm sido largamente utilizados, principalmente pelas mulheres, e os médicos sem especialização tem sido os maiores prescritores. Também há a prescrição indiscriminada de anfetaminas para uso estético - inibidor do apetite (GALDURÓZ, 2011).

Porém, traçar estratégias de enfrentamento do uso abusivo de drogas é uma atividade complexa, pois os padrões comportamentais de seus usuários estão em constante rotação e mudam à medida que novas substâncias são descobertas. Neste sentido, a formulação de políticas públicas direcionadas para o enfrentamento da questão devem ser flexíveis e

permeáveis a mudanças, envolvendo ações de prevenção, promoção, tratamento e reinserção social do indivíduo com toda a rede de atenção a saúde.

## 1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DROGAS DE ABUSO E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nos estados modernos, as políticas públicas configuram-se como um compromisso público desencadeado pelo Estado, no caso brasileiro, que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. Assim, cabe ao Estado determinar como os recursos serão usados para o benefício de seus cidadãos e propor ações preventivas diante de situações de risco à sociedade por meio de políticas públicas (LOWI, 1972; SOUZA, 2006).

As políticas públicas são mecanismos de mudança social, orientado para promover o bem-estar, principalmente dos segmentos sociais mais destituídos, e nesse campo a política pública que se destaca, esta ligadas a saúde, uma das maiores preocupações do país, estados e municípios (SILVA, 2008; SOUZA, 2006).

Política pública de saúde constitui um conjunto de ações sociais dirigidas à garantia do direito à saúde em todas as suas dimensões (promoção, proteção, prevenção e recuperação). Integram o campo de ação social do Estado, orientado para a melhoria das condições de saúde da população e do ambiente natural, social e do trabalho, e visam, sobretudo, garantir às populações vulneráveis o direito a saúde (LORENZO, 2006).

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se, conforme a Constituição Federal promulgada em 1988, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade da atenção e de participação da comunidade, na organização de um Sistema Único de Saúde no território nacional (LUCCHESI et al., 2002).

No contexto da Saúde Pública brasileira, a assistência aos pacientes usuários de álcool e outras drogas foi inicialmente marcada pelo modelo hospitalocêntrico com assistência de caráter psiquiátrico, e as políticas públicas construíam seus discursos em dispositivos de criminalização e medicalização do consumo.

Somente após a Declaração de Caracas, em 1990, que se vinculou a atenção psiquiátrica à APS (ALVES, 2009; FERREIRA, 2004). Nesta mesma época, tem-se a consolidação do SUS e mais adiante o surgimento do Programa Agentes Comunitários de



Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), que posteriormente passou a ser chamado de ESF, iniciativas que contribuíram para o realinhamento das políticas públicas brasileiras de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

A Lei 10.216, estatuto legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou as diretrizes básicas que constituem o SUS; que garante aos usuários de serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas – a universalidade de acesso e direito à assistência, à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população (FORTES, 2010).

O Ministério da Saúde, apesar do atraso histórico em assumir a responsabilidade pela atenção aos usuários de álcool e outras drogas, publicou no ano de 2003, e divulgou no ano de 2004, o documento *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral A Usuários de Álcool e Outras Drogas*, diretriz principal na área da saúde pública (BRASIL, 2004a).

Essa Política tem nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica seus eixos centrais, a partir dos quais trabalha as especificidades de seu público-alvo. Suas principais orientações visam o estabelecimento e fortalecimento de um trabalho em rede, para proporcionar uma atenção integral; garantir acesso facilitado aos serviços de saúde; incentivar o desenvolvimento ações intersetoriais; participação do usuário e da família no tratamento; ampliação do conceito de redução de danos; e a criação de serviços de atenção diária - os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) – com o intuito de trazer o usuário para mais próximo de seu convívio social (BRASIL, 2004a).

Assim sendo, tornou-se imperativa a necessidade da estruturação de uma rede de assistência centrada na APS, associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, integrado ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos (BRASIL, 2004a).

A APS, também denominada cuidados primários de saúde em Portugal e atenção básica no Brasil, representa um marco referencial para a organização dos serviços de saúde, e caracteriza-se como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, responsável pela continuidade e coordenação do cuidado,

proporcionando atenção integral à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham (ALMEIDA; GIOVANELA, 2008; STARFIELD, 2002).

Este modelo de atenção, implementado como política nacional em 2006, está definido em um formato abrangente, compreendendo a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Sendo o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, e se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (HARZHEIM, 2011).

O enfrentamento de problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas a partir da APS, permite o desenvolvimento de um modelo de atenção descentralizado e articulado com comunidade local, favorece que os profissionais de saúde conheçam a realidade das famílias e facilita a atuação de forma resoluta nas situações de risco e fortalecimento dos fatores de proteção; oferece melhor cobertura assistencial e facilidade do acesso aos serviços de saúde; maior potencial de reinserção social, pois respeita o protagonismo do indivíduo e suas singularidades (BRASIL, 2004a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Nesta perspectiva, a APS, atualmente desenvolvida por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e considerada a “porta de entrada” do SUS, é o local que deveria assumir, gradativamente, a posição de coordenador da assistência aos usuários de álcool e outras drogas (BARROS; PILLON, 2006). A ESF reúne condições que possibilitam a superação dos problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas, devido às suas características básicas: um programa em articulação com a APS, que elege a família como unidade programática de atenção, atuar em uma base territorial definida e com a proposta de desenvolver de um trabalho com a comunidade (GONÇALVES, 2002).

Com a adoção da ESF como eixo para a reorganização da atenção básica em novas bases assistenciais, as equipes têm sido instadas a atuarem frente a questões como dependência química, depressão e violência doméstica, de alta prevalência na população em geral. Na medida em que a adstrição da clientela em base territorial é um dos princípios operacionais da gestão do processo de trabalho na ESF, o vínculo e a continuidade do cuidado tendem a gerar um confronto cotidiano dos profissionais atuantes neste nível de atenção com questões relacionadas a tais demandas (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009).

No contexto da APS, os profissionais de enfermagem são agentes-chave, pois além de serem integrantes das equipes de saúde da família, estão em constante contato com a população local, podendo facilitar a identificação de problemas bem como a abordagem sobre drogas de

abuso (SPRICIGO et al., 2004). Nesse sentido devem, na sua prática, desenvolver programas e projetos de promoção à saúde, prevenção do abuso de álcool e outras drogas, bem como projetos de integração social, com o intuito de minimizar os problemas que ocorrem na comunidade em decorrência do uso indiscriminado das drogas de abuso (GELBCKE; PADILHA, 2004).

### 1.3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE

As avaliações sistemáticas na área da saúde são relativamente modernas e coincidem com o crescimento e o refinamento de métodos de pesquisa social e com as mudanças ideológicas, políticas e demográficas ocorridas neste século (ROSSI; FREEMAN, 2004). Nesta área, a avaliação assume novos contornos teóricos metodológicos a partir dos trabalhos de Donabedian (1981), que apesar de ocupar-se primariamente com a avaliação da assistência médica e enfocando o conceito de “qualidade”, estabeleceu como paradigma a realização de avaliação a partir da estrutura, processo e resultado, constituindo um novo referencial na área de avaliação de serviços de saúde.

A estrutura refere-se aos meios pelos quais se efetuam o cuidado, como recursos materiais, humanos e estrutura organizacional; o processo compreende as atividades desempenhadas tanto pelos clientes como pelos profissionais de saúde na atenção à saúde, e o resultado, que denota os efeitos do cuidado sobre o estado de saúde do cliente e mudanças no seu comportamento e o seu grau de satisfação em relação ao cuidado (DONABEDIAN, 1981).

A avaliação em saúde possui diferenças conceituais que não são apenas de ordem semântica, mas também metodológica. Para Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação em saúde consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, como um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.

Os estudos avaliativos em saúde, tem como propósito identificar problemas, subsidiar os processos decisórios, reorientar ações desenvolvidas no âmbito dos sistemas de saúde para

incorporação de novas práticas na rotina dos serviços e profissionais, e mensurar o impacto das ações implementadas no estado de saúde da população assistida (FELISBERTO, 2006).

Nesse sentido, a avaliação se revela como um importante mecanismo de gestão, pois permite fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, constituída de um conjunto de meios físicos organizados, em um contexto específico, em um dado momento, e dessa forma realizar ajustes necessários e economizando tempo e recursos, o que eleva a credibilidade das ações públicas. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas - avaliação normativa - ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico - pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Na avaliação normativa procura-se estudar os componentes da intervenção em relação a normas e critérios e apoia-se no fato de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção. Já na pesquisa avaliativa, preocupa-se em examinar *ex-post*, com procedimentos científicos, as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção com o fim de orientar a tomada de decisão; avaliar a efetividade do programa, seus resultados; medir e demonstrar seu impacto e recomendar ações futuras (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Dependendo do propósito, a pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis diferentes análises (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997):

- Análise estratégica – analisa a pertinência da intervenção, ou seja, a adequação estratégica entre a intervenção e a situação problemática que lhe deu origem.
- Análise da intervenção – estuda a relação existente entre os objetivos da intervenção e os meios empregados. Questiona sobre a capacidade dos recursos mobilizados e dos serviços produzidos para atingir os objetivos definidos.
- Análise da produtividade – estuda o modo como os recursos são utilizados para produzir serviços.
- Análise dos efeitos – avalia a influência dos serviços sobre os estados de saúde, determinando sua eficácia para modificá-los.
- Análise de rendimento – relaciona a análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos. É uma combinação da análise de produtividade econômica e da análise dos efeitos.
- Análise da implantação – mede a influência do contexto no grau de implantação de uma intervenção e seus efeitos.

As necessidades de avaliação de programas de saúde e políticas públicas estão, em geral, associadas aos problemas que são verificados no processo de implementação, pois dificilmente esses programas atingem os objetivos e metas propostas e, mais ainda, raramente são implementados de acordo com seu desenho original e com as estratégias traçadas por seus formuladores (CAVALCANTI, 2008). Assim, a avaliação com foco na análise de implementação permite estimar a adequação da quantidade e da qualidade das ações oferecidas (grau de implantação) em relação às normas estabelecidas (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

A análise de implantação de uma ação, programa ou política visa principalmente identificar os processos implicados na produção dos efeitos de uma intervenção. Ela consiste em especificar o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção, relacionando a dinâmica interna do programa - relações entre objetivos, serviços, recursos e efeitos - com o contexto onde é implantado (SILVA, 2008).

Para Hartz e Vieira-da-Silva (2005, p. 96)

A importância de avaliar a implantação revela-se indispensável para se chegar a conhecer a totalidade das intervenções, no que se relaciona à validade de seu conteúdo (intensidade com a qual as atividades são realizadas e sua adequação em relação às normas existentes), e aos fatores explicativos das defasagens observadas entre a planificação e a execução das ações. Ela obriga a construir, a priori, a teoria do programa, especificando sua 'natureza' (componentes, práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados.

Sendo a avaliação um movimento próprio do processo de elaboração das políticas públicas, sua execução não é apenas um instrumento de aperfeiçoamento ou de redirecionamento dos programas empreendidos pelo governo, mas também uma ferramenta de prestação contas à sociedade das ações governamentais (SILVA, 2008). Neste sentido, dada a complexidade dos fatores que influenciam direta ou indiretamente um contexto analisado, avaliar experiências inovadoras em serviços de saúde não significa somente acompanhar os resultados positivos, mas os movimentos internos e externos de um processo que envolve diferentes atores sociais em busca da consolidação do SUS (SCOCHI, 2007).

A importância da avaliação de ações e programas de saúde, para o contexto brasileiro, vem sendo ressaltada em diversos momentos da discussão das políticas de saúde e práticas em serviços. Essa tendência se insere em grande parte no processo de atenção dos serviços vinculados à APS, devido às importantes inovações ocorridas, principalmente a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), tornando crescente a necessidade de avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e aos possíveis

impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações por esses serviços (ALMEIDA; GIOVANELA, 2008).

A expansão acentuada da Estratégia Saúde da Família, redefiniu sua importância enquanto estratégia reorganizadora da APS, pois evidenciou o seu potencial em produzir maior equidade e eficiência, melhor efetividade de custos e mais satisfação dos usuários nos sistemas de saúde universais e também colocou no centro da discussão questões relacionadas à sua qualificação e resolubilidade (ALMEIDA; GIOVANELA, 2008; SCOCHI., 2007; STARFIELD, 2002).

As práticas da APS, apesar de seu instrumental aparentemente mais simples, são extremamente complexas, sobretudo no nível das “tecnologias humanas”, pois envolvem sujeitos e objetos de natureza diferentes, tais como trabalhadores de saúde, organização e gerenciamento da oferta da atenção, população adstrita e atendida, situando a avaliação como necessidade operacional para manutenção da qualidade e também como um desafio (FACCHINI, 2008; SOUZA; MENANDRO, 2011).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a implantação das diretrizes do documento *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* na atenção primária à saúde.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar síntese histórica das políticas públicas direcionadas ao enfrentamento do uso de drogas de abuso pelo Estado brasileiro.
- Descrever as ações de enfrentamento ao uso de drogas de abuso na atenção primária à saúde às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.
- Descrever a infra-estrutura para a realização das ações de enfrentamento do uso de drogas de abuso na atenção primária à saúde ao preconizado pelo Ministério da Saúde.
- Identificar itens facilitadores e as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para ações de enfrentamento do abuso de drogas na atenção primária à saúde.
- Investigar as ações de enfrentamento do uso de drogas de abuso desenvolvidas por gestores e profissionais de saúde na atenção primária à saúde.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, desenvolvida por meio de um estudo de caso único, em um município da região Noroeste do Paraná, cuja abordagem metodológica incorpora a avaliação da implantação de uma política pública voltada à atenção integral a usuários de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde.

A pesquisa avaliativa é uma aplicação sistemática de procedimentos científicos para acessar a conceptualização, o desenho, a implementação e as utilidades de programas sociais de intervenção, de modo que os avaliadores possam estabelecer um julgamento, permitindo assim, distinguir ações, programas e políticas efetivas das ineficientes, e a análise da implantação mede a influência do contexto no grau de implantação de uma intervenção e seus efeitos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; ROSSI; FREEMAN, 2004).

O estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto. Esta estratégia é utilizada quando se torna difícil diferenciar os efeitos produzidos por uma intervenção dos que podem ser atribuídos às características do meio da implantação. Ela procura estudar as variações intra-sistema, isto é, as variações que se produzem naturalmente em um dado meio (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; YIN, 1994).

No campo das políticas públicas, a realização de estudos de caso referentes à implantação de determinada ação, programa ou política envolve conhecer o contexto por meio de diversas fontes e incorporar as perspectivas dos distintos atores envolvidos. Assim, a estratégia da presente pesquisa utilizou os recursos metodológicos de análise documental, observação, aplicação de questionário com questões descritivas e realização de entrevista.

##### 3.1.1 Modelo teórico de avaliação

Como padrão para orientar o processo avaliativo elegeu-se as diretrizes do documento *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral à Usuários de Álcool e Outras Drogas - Intersetorialidade e Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas*. Esta última, constituída pelas atividades de Promoção e Proteção à Saúde e de Prevenção de Agravos (BRASIL, 2004a).



As dimensões utilizadas no modelo teórico de avaliação foram o contexto externo e o contexto organizacional da atenção à saúde, que podem influenciar positiva ou negativamente a implantação e os efeitos das ações. Na Figura 1 estão representados graficamente os pressupostos para este modelo.

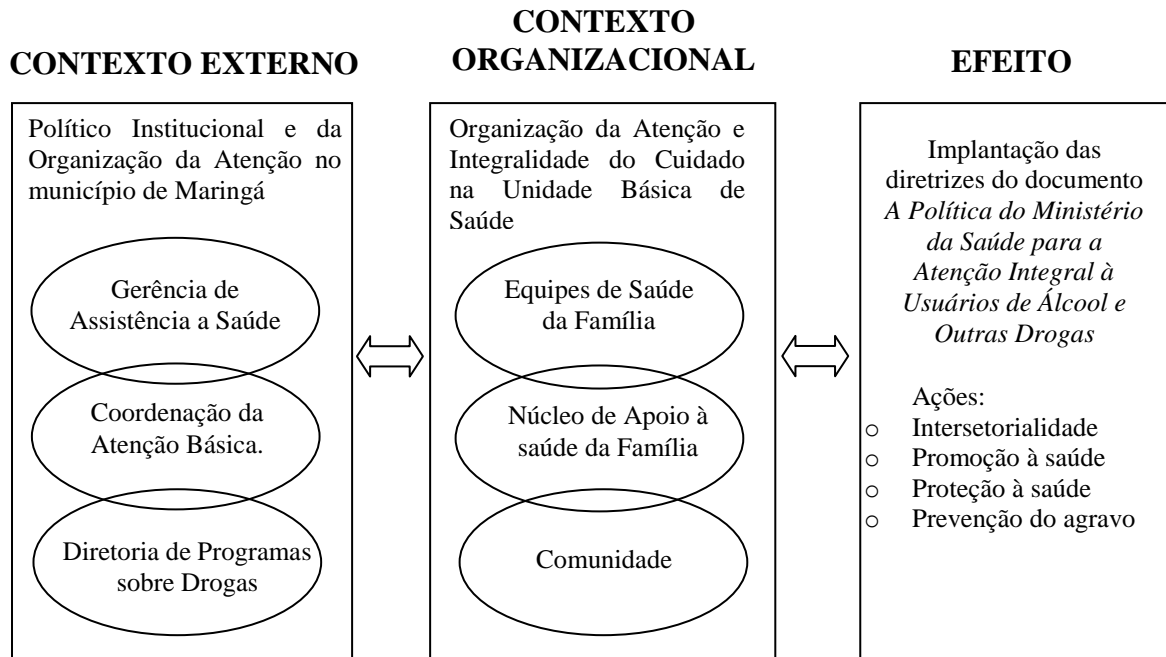


Figura 1 – Modelo teórico para avaliação.

Como contexto externo entende-se as ações no âmbito Político Institucional e da Organização da Atenção, incluindo a organização da assistência à saúde no município e a rede de atenção à saúde, e a existência de rede física e de programas e atividades estruturados para o enfrentamento ao consumo de drogas de abuso. O contexto organizacional é representado pelas ações voltadas para a Integralidade do Cuidado e a Organização da Atenção, compreendendo os fatores relacionados aos aspectos físico-estruturais das unidades prestadoras de serviços de saúde e ao cuidado oferecido à população e ao usuários de drogas de abuso.

### 3.1.2 Modelo lógico da avaliação

O modelo lógico é um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implantado e que resultados são esperados. Um modelo lógico descreve a seqüência de eventos, pela síntese dos principais componentes do programa, inseridos em um quadro (HARTZ; VIEIRA-DASILVA, 2005).

Uma das vantagens deste modelo é sua capacidade para resumir o mecanismo de funcionamento do programa, ligando o processo aos resultados por meio de uma seqüência de passos, podendo, também, expor a infra-estrutura necessária à operacionalização do programa (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

De forma esquemática, foram relacionadas no modelo lógico da presente avaliação as diretrizes para APS do documento *A Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuário de Álcool e Outras Drogas*: a “Intersetorialidade”, definida como a articulação de saberes e experiências com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social (INOJOSA; JUNQUEIRA, 1997), e a “Atenção/Cuidado Integral”, constituída por atividades de Prevenção de Agravos, Promoção e Proteção à Saúde.

O modelo lógico da avaliação do presente estudo pautou-se na construção de “eventos teoricamente previstos”, que serviram como critérios para comparação dos eventos realizados. Baseou-se na apresentação de critérios avaliativos de forma sistematizada, elencados de acordo com as diretrizes do documento do Ministério da Saúde do qual foi extraído (Figura 2).

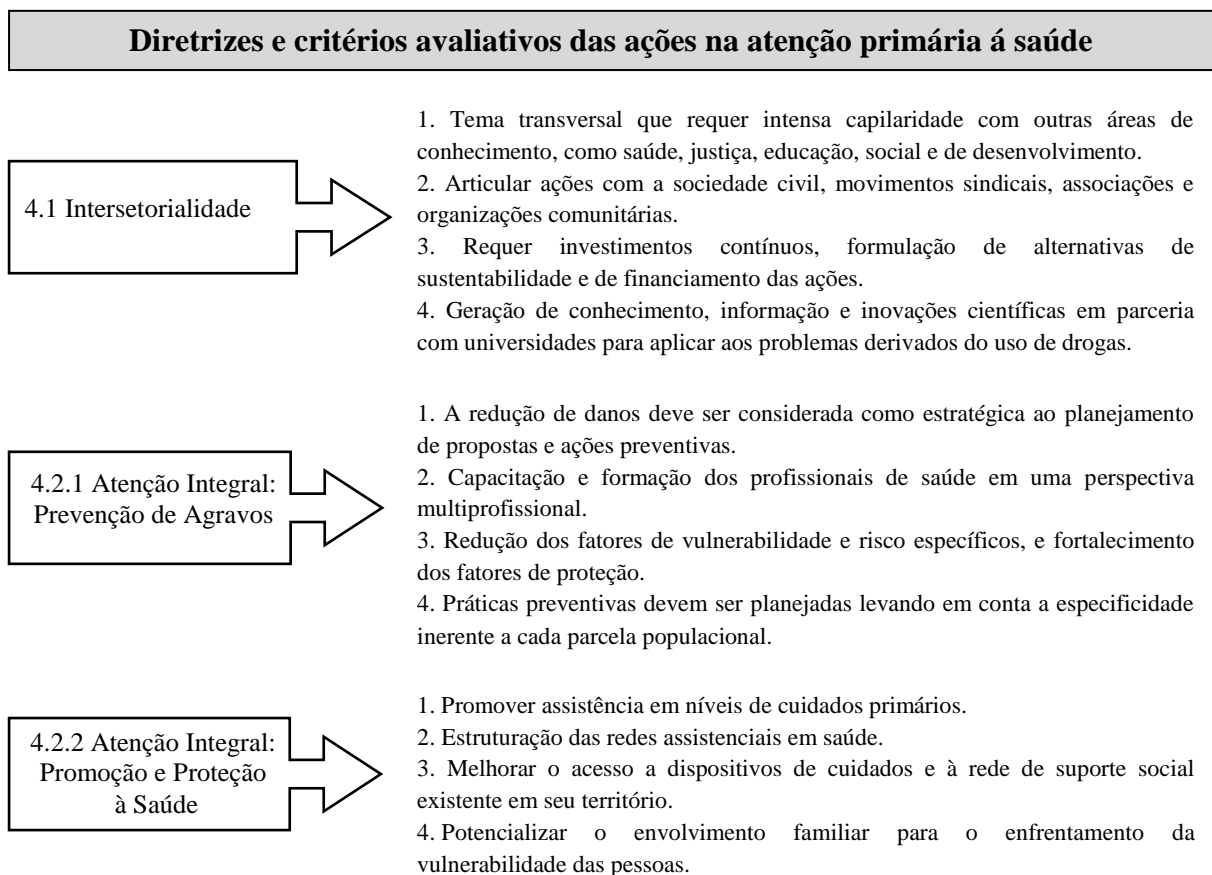


Figura 2 – Modelo lógico para avaliação.

### 3.2 MUNICÍPIO CASO

O estudo foi realizado no município de Maringá, considerado município caso, e teve como unidade de análise uma UBS de porte II, ou seja, unidade destinada e apta a abrigar, no mínimo, três equipes de ESF (BRASIL, 2009b).

O município de Maringá, localizado na região Noroeste do Paraná, possui uma população de 357.117 habitantes, e é sede da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Possui uma taxa de analfabetismo de 5,39% na população de 15 anos ou mais, e renda *per capita* média de R\$ 465,37, ocupa a 6ª posição em relação aos demais municípios paranaenses e 67ª posição em relação aos municípios brasileiros no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (IBGE, 2010; MARINGÁ, 2010b).

No município de Maringá o número de indivíduos com problemas relacionados à transtorno mental, álcool, crack e outras drogas esta aumentando consideravelmente. De acordo com o relatório do Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas, o número de pessoas presas por envolvimento com drogas em Maringá passou de 296 em 2006 para 898 em 2008 – crescimento de 203,38% em dois anos. Já o número de atendimentos no sistema de saúde no mesmo período aumentou apenas 12,47% (UNIAD, 2010).

Como na maioria das cidades brasileiras, a distribuição espacial dos agravos relacionados ao consumo abusivo de drogas não é homogênea no território municipal, pois geralmente o problema relaciona-se a baixos níveis socioeconômicos e de escolaridade e está concentrado em populações urbanas periféricas. Em Maringá, a região Norte é considerada a área de maior risco, pois além de manter as características já mencionadas, possui os maiores indicadores de internação e violências relacionados às drogas de abuso Maringá (MARINGÁ, 2010a).

De acordo com o Diagnóstico Social de Maringá, a área da região Norte é considerada como socialmente prioritária, pois de acordo com os indicadores intra-urbanos (saúde, educação, condições de vida, vínculo, atendimento em saúde e equipamentos) e indicadores municipais (emprego, concentração de renda, gênero, juventude e trabalho) são avaliados como de baixo desenvolvimento social (MARINGÁ, 2011a) (Figura 3).

Para fins deste estudo, escolheu-se intencionalmente uma UBS da região Norte, que além de atender uma região com risco potencial para o uso de drogas de abuso, serve como cenário para diversas intervenções da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Na área de abrangência da UBS são desenvolvidos os projetos PET - Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho), na área de Saúde Mental - Crack, Álcool e outras Drogas, o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), além de pesquisas vinculadas ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UEM .

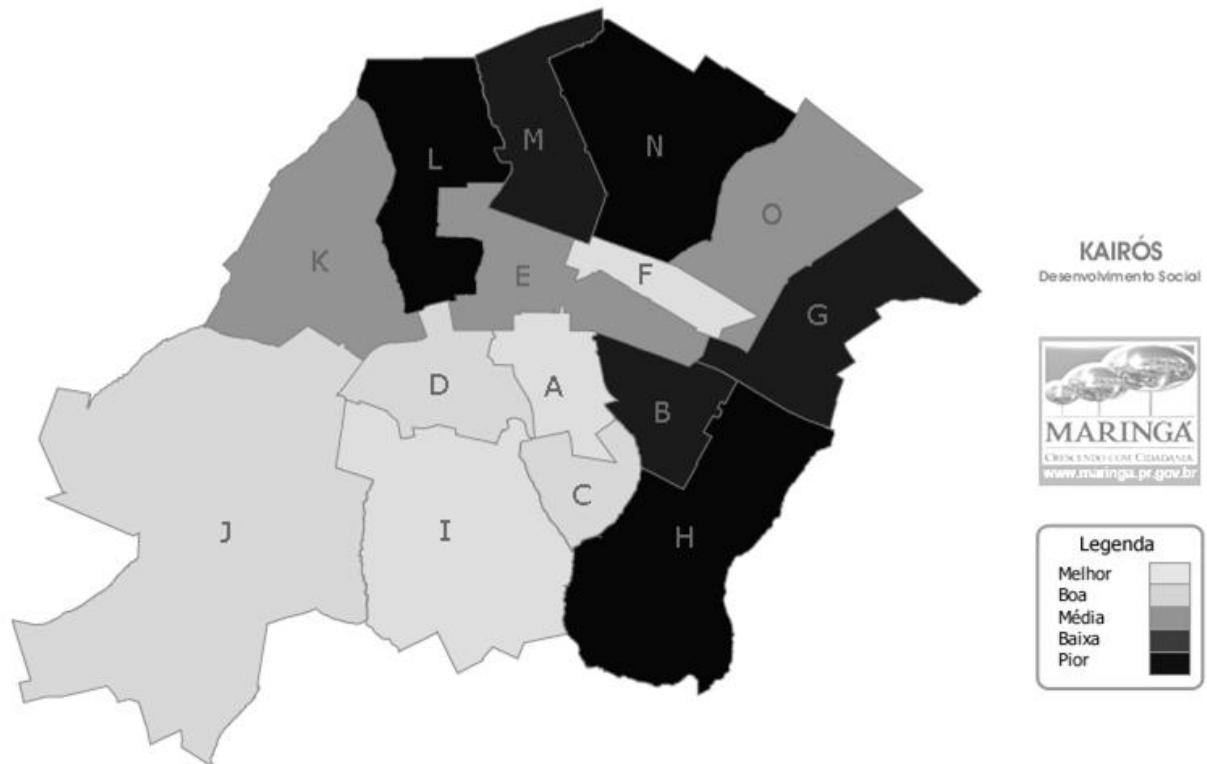


Figura 3 – Mapa Social dos territórios prioritários de Maringá-Paraná, 2011  
Fonte: Prefeitura Municipal de Maringá. Elaboração: Kairós Desenvolvimento Social.

### 3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Segundo o modelo teórico de avaliação, para realização deste estudo elegeu-se como usuários potenciais das diretrizes avaliada, os gestores municipais e os profissionais de saúde da atenção primária à saúde, atuantes no sistema municipal de saúde e de assistência social em setembro/outubro de 2011, abaixo discriminados.

- Gestores da Saúde e da Assistência Social Municipal: gerente da Diretoria de Assistência e Promoção à Saúde, coordenador da Atenção Básica e diretor da Diretoria de Programas sobre Drogas, totalizando três profissionais.
- Profissionais de saúde das três equipes de Saúde da Família da UBS estudada: três médicos; três enfermeiros; três auxiliares de enfermagem; e 15 agentes comunitários de saúde (ACS), totalizando 24 profissionais.
- Profissionais de saúde do NASF, atuantes na UBS estudada: um assistente social, um nutricionista, um educador físico, um farmacêutico, e um psicólogo, totalizando quatro profissionais.

*A priori* foram excluídos do estudo quatro profissionais: um enfermeiro e um ACS que estavam em licença saúde e os cargos de psicólogo na equipe do NASF e de um ACS na equipe de Saúde da Família não estavam ocupados.

Houve também nove recusas. Sete ACS devolveram o questionário de pesquisa em branco, alegando desconhecimento do documento avaliado, um auxiliar de enfermagem, que além de desconhecer o documento também manifestou “medo de represálias” e um farmacêutico do NASF.

Desta forma, restaram 19 sujeitos de pesquisa (61%), que responderam a todos os instrumentos de pesquisa aplicados – questionário e roteiro de entrevista. A Figura 4 apresenta de forma esquemática como foram escolhidos os sujeitos potenciais da pesquisa.

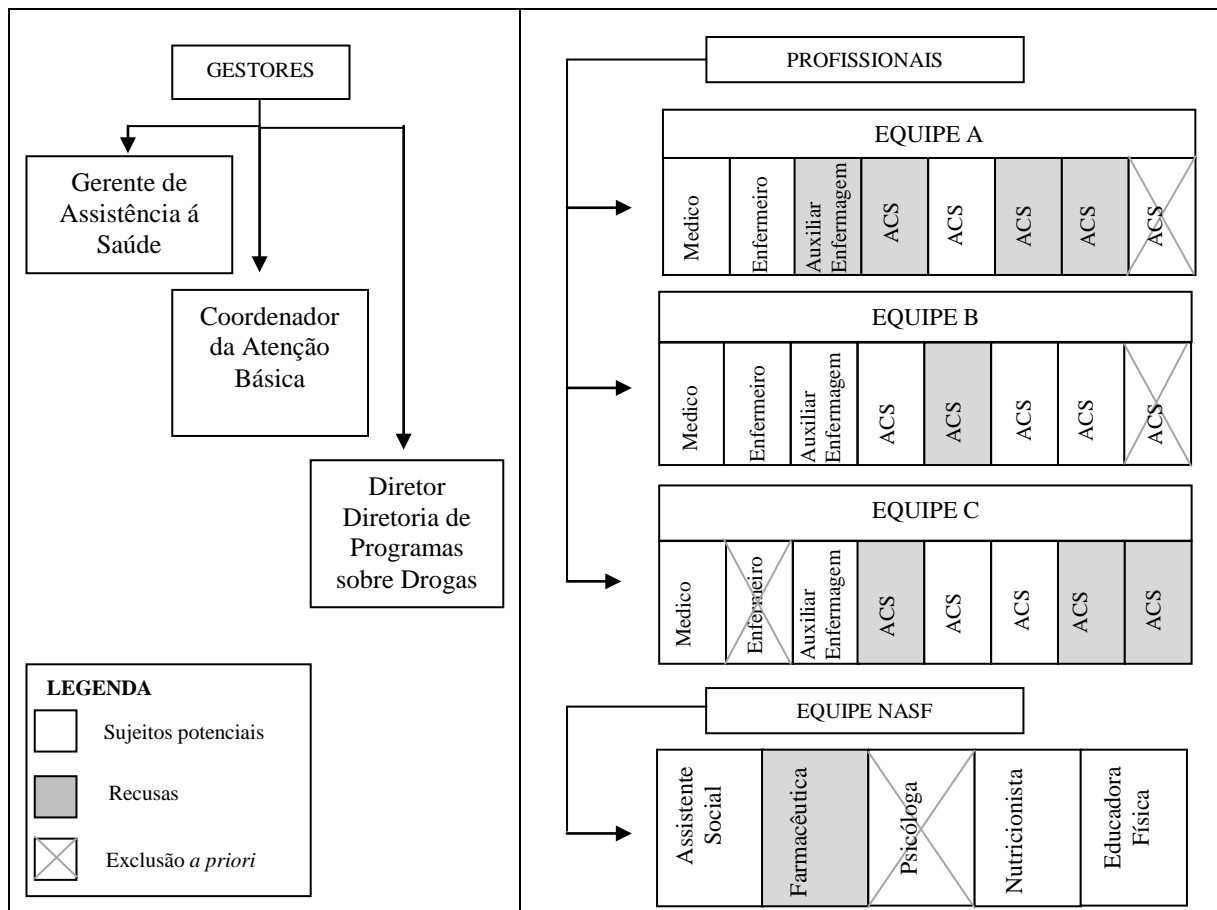


Figura 4 – População em estudo.

### 3.4 FONTES E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Como fontes de dados foram utilizados leis, decretos, portarias e medidas provisórias, artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais e livros direcionados a análise de enfrentamento do abuso de álcool e outras drogas no contexto brasileiro: e documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Assistência Social - Relatório da Gerência de Planejamento e da Gerência de Assistência à Saúde, Plano Municipal de Saúde, Pacto de Saúde Municipal e Relatório da 9ª Conferência Municipal de Saúde, Relatório circunstanciado mensal sobre atendimento e tratamento ao consumo abusivo de drogas na Cidade de Maringá, e dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados um roteiro de observação, dois modelos de questionários autoaplicáveis, um roteiro de entrevista e diário de campo, elaborados pela própria pesquisadora.

O roteiro de observação, pautou-se nos seguintes itens: panorama geral da unidade (infra-estrutura), características dos atendimentos e das interações sociais, e organização dos serviços (APÊNDICE A).

Os dois modelos de questionários autoaplicáveis com questões descritivas, obedeceram às diretrizes e os critérios avaliativos do modelo lógico de avaliação. O questionário direcionado aos gestores abordou questões relacionadas aos aspectos Político Institucional e Organização da Atenção- coordenação e gestão do atendimento á usuários de álcool e outras drogas no município-caso, e o questionário direcionado aos profissionais de saúde da ESF, abordou os aspectos da Integralidade do Cuidado e Organização da Atenção – como os profissionais percebem, e executam o documento da política nos serviços em que atuam (APÊNDICE B).

Os questionários foram divididos em quatro unidades, organizadas sequencialmente em números romanos e nominadas da seguinte forma: (I) Conhecendo a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas; (II) Intersetorialidade; (III) Atenção Integral: Prevenção de Agravos; (IV) Atenção Integral: Promoção e Proteção à Saúde.

O roteiro de entrevista foi constituído por duas questões norteadoras: “Como você considera a atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços de saúde no município?”

e “Exemplifique os desafios e os êxitos na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços de saúde no município?” (APÊNDICE C).

Para registros das impressões do pesquisador durante o tempo de permanência na unidade foi adotado um diário de campo, que era preenchido de acordo com as dimensões propostas pelo roteiro de observação (APÊNDICE D).

Os instrumentos foram previamente submetidos à avaliação e teste piloto. A avaliação foi realizada pela banca de qualificação e por dois profissionais enfermeiros, mestres em Enfermagem, por um especialista na área de avaliação de serviços de saúde e por um especialista em Saúde Mental.

O teste piloto dos instrumentos de pesquisa foi realizado por profissionais de saúde atuantes no Ambulatório Médico e de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Campus Maringá, em agosto de 2011. Os profissionais foram escolhidos porque atuam em unidade de atenção básica e compartilhavam experiência prévia em projetos e atividades de prevenção e abordagem a usuários de álcool e outras drogas, sendo um auxiliar de enfermagem, um médico, um enfermeiro e um assistente social.

As sugestões e recomendações foram analisadas e acatadas de acordo com a sua pertinência e relevância para o desenvolvimento do estudo. As defasagens constatadas durante a aplicação do teste piloto foram utilizadas para aprimorar o instrumento de pesquisa, que resultaram na redução do questionário, com exclusão de perguntas repetidas.

### 3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Previamente ao trabalho de campo, foi realizado estudo crítico-reflexivo sobre as políticas públicas direcionadas ao enfrentamento do uso de álcool e outras drogas de abuso pelo Estado Brasileiro, que subsidiaram a confecção do modelo lógico e modelo teórico de avaliação.

O trabalho de campo compreendeu análise documental, observação, aplicação de questionário, realização de entrevista e preenchimento do diário de campo, realizados em momentos distintos.

Inicialmente foi realizada a análise documental, para caracterização do contexto externo e contexto organizacional de ações e serviços de saúde relacionados ao atendimento de indivíduos usuários de álcool no município. Os dados foram obtidos na Secretária

Municipal de Saúde por meio da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação da Atenção Básica, e na Secretária de Assistência Social do município no mês de agosto de 2011.

Para aproximação do Contexto Organizacional, foram realizadas 25 horas de observação na UBS, no período de uma semana no mês de agosto de 2011. Imediatamente após o término do período de observação era atualizado o diário de campo, de acordo com os itens do roteiro de observação.

A aplicação do questionário de pesquisa e a entrevista com gestores e profissionais de saúde constituíram a última etapa do processo de coleta de dados. Para os gestores foi realizado contato prévio via telefônica para esclarecimento da natureza do estudo e agendamento de uma data apropriada para a distribuição do questionário e para a entrevista. Após concordância em participar da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi realizada a gravação das questões norteadoras do roteiro de entrevista e entregue o questionário de pesquisa, seguido das orientações para preenchimento. Os questionários foram resgatados com uma média de uma semana após ser entregue no primeiro contato com os gestores.

A aplicação do questionário aos profissionais de saúde das equipes de saúde da família e do NASF envolveu abordagem individual, de acordo com a disponibilidade do profissional, em uma sala reservada na unidade de saúde. Os profissionais foram esclarecidos da natureza e objetivos do estudo, e, após concordância, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Inicialmente realizou-se a gravação das questões norteadoras do roteiro de observação e em seguida foi entregue o questionário da pesquisa, seguido das orientações para preenchimento. Os questionários foram resgatados com uma média de duas semanas após serem entregues no primeiro contato com os profissionais de saúde.

A pesquisadora compareceu quatro vezes na UBS para distribuir os questionários e retornou sete vezes para resgatá-los, pois os profissionais não haviam respondido as questões ou esqueciam o questionário em suas residências.

### 3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa envolveu três níveis de produção de informações: (1) estudo crítico reflexivo sobre políticas públicas de enfrentamento do uso de drogas de abuso no país



(contexto externo); (2) informações sobre a rede municipal de saúde de Maringá, principalmente no campo da assistência a usuários de álcool e outras drogas, com dados relativos aos anos de 2000 a 2011 (contexto externo); e (3) avaliação da implantação de ações intersetoriais e de atenção visando a assistência a usuários de álcool e outras drogas e suas famílias na APS, informada por gestores dos serviços e profissionais de saúde da ESF (contexto externo e contexto organizacional) em 2011.

Com relação ao estudo de revisão das políticas públicas de enfrentamento ao consumo de drogas de abuso, após seleção dos documentos oficiais e dos textos científicos, que constituíram o alicerce teórico do estudo, os resultados foram apresentados de acordo com a ordem cronológica de ocorrência, estabelecendo, em paralelo, uma análise crítica - reflexiva.

As informações sobre a rede municipal de saúde de Maringá foram compiladas de documentos do sistema municipal de saúde e de Assistência Social, e os resultados apresentados de forma descritiva segundo critérios de importância para o estudo.

Para a avaliação da implantação, preconizou-se como critério de julgamento que a proporção de respostas que apresentassem consistência entre as propostas do documento do Ministério da Saúde, corresponderia ao grau de implantação, não existindo critérios de peso entre as questões. O parâmetro adotado para estabelecer o grau de implantação baseou-se nos estudos de Cosendey, Hartz e Bermudez (2003) e Oliveira et al. (2002).

Dessa forma, considerou-se a ação como implantada se 80% a 100% das respostas estivessem de acordo com o preconizado pelo Documento; implantação insatisfatória, se 40% a menos de 79,9% de respostas fossem concordantes; e implantação crítica, se a concordância estivesse inferior ou igual a 39,9% (Quadro 1).

<b>Grau de Implantação</b>	<b>Percentual de concordância</b>
Implantação aceitável	Maior ou igual a 80%
Implantação insatisfatória	De 40 a 79,9%
Implantação crítica	Menor ou igual a 39,9%

Quadro 1 – Parâmetros para a classificação do grau de implantação.

Para o tratamento dos dados, foi construída uma matriz de análise e julgamento no programa *Microsoft Excel*. Neste banco de dados foram relacionados individualmente cada diretriz e seus respectivos critérios avaliativos discriminados por gestores e categoria dos profissionais de saúde. Após a tabulação dos dados, foi verificada a concordância entre os critérios listados com as respostas dos sujeitos do estudo.

O grau de implantação global das diretrizes e o grau de implantação de cada diretriz foram obtidos após a soma dos percentuais de frequência, seguida do cálculo da média aritmética e apresentados sob a forma de tabelas com distribuição simples de frequência.

As respostas ao questionário de pesquisa, que foi confeccionado para a emissão de respostas de caráter descritivo, foram apresentadas no corpo do texto dos artigos, para cotejar e dar sustentação à discussão dos resultados, em forma de relatório descritivo.

Por fim, as questões abertas do roteiro de entrevista foram transcritas e analisadas por meio da técnica de Análise Temática proposta por Minayo (2008), sendo percorridas as três etapas preconizadas pela autora. Na pré-análise realizaram-se leituras do material transcrito das entrevistas, retornando por vezes ao início e ao objetivo da pesquisa. Na fase exploratória, realizaram-se recortes por temas repetidos nas falas, classificando-os em tabelas para facilitar a quantificação, explorando em seguida os significados. No tratamento dos dados, procedeu-se a agregação dos temas em categorias teóricas obedecendo aos objetivos do estudo e as questões norteadoras.

### 3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

No desenvolvimento deste estudo foi prioridade respeitar todos os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos disciplinados pela resolução 196/96, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). Foi solicitada autorização para o desenvolvimento do estudo na rede municipal de saúde, por meio do Centro de Capacitação Permanente em Saúde – CECAPS, da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá (ANEXO A). Posteriormente, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/UEM), recebendo parecer favorável nº 102/2011 (ANEXO A).

A solicitação de participação aos sujeitos de pesquisa se deu por meio de consentimento livre e esclarecido, e somente fizeram parte do estudo as pessoas que concordaram e assinaram o referido termo em duas vias (APÊNDICE E). Por ocasião da solicitação os participantes foram informados sobre a natureza do estudo, forma de participação, da liberdade de se recusar em participar ou da retirada da mesma durante qualquer momento, e da não identificação dos sujeitos.

Os sujeitos foram referenciados pela sua categoria profissional, e na presença de mais de um profissional na mesma categoria, procedeu-se a numeração crescente, por exemplo, “ACS-1, ACS-2 [...]”.

## 4 ARTIGO 1

**POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: BREVE  
RESGATE HISTÓRICO\***

PUBLIC POLICIES ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS: A BRIEF HISTORICAL  
RESCUE

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS: UN BREVE HISTORIA DE  
RESCATE

Jessica Adrielle Teixeira Santos\*\*  
Magda Lúcia Félix de Oliveira\*\*\*

**Resumo**

Trata-se de uma investigação descritiva e analítica no campo das políticas públicas brasileiras de enfrentamento ao consumo abusivo de álcool e outras drogas, por meio da técnica de investigação documental e análise de artigos científicos. O objetivo foi realizar uma síntese histórica das políticas públicas direcionada a usuários de álcool e outras drogas de abuso pelo Estado brasileiro. O modelo político assumido pelo governo brasileiro foi fortemente influenciado pelo proibicionismo quase que hegemônico em contexto internacional, marcado por criminalização, psiquiatrização e conseqüente exclusão dos indivíduos usuários de drogas, sem distinção entre uso e tráfico. Porém na segunda metade do século XX ocorreram mudanças significativas nesse cenário político, que tornou o campo mais permeável as medidas de prevenção, recuperação e reinserção do usuário de drogas, com destaque para as políticas públicas do setor saúde. Desta forma, apesar do atraso histórico do país em reconhecer a questão da droga como um flagelo de natureza multifatorial, e não apenas no âmbito da justiça- penal, muitos avanços foram obtidos nos últimos anos.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas de Saúde. Controle de Medicamentos e Entorpecentes. Revisão.

**Abstract**

This is a descriptive and analytical study in the field of Brazilian public policies in tackling the abuse of alcohol as well as other drugs, using documentation investigative technique and analysis of scientific studies. The objective was to conduct a historical review of public policies targeting users of alcohol and other abusive drugs by the Brazilian state. The political model undertaken by the Brazilian government was strongly influenced by the near hegemonic prohibition found in the international context, marked by criminalization, pshychiatrization and consequent exclusion of drug users, without distinction between use and trafficking. In the second half of the century, however, there were significant changes in this

---

\* Produto da Dissertação de Mestrado de título: “Avaliação da implantação da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas: um estudo de caso”, subsidiado pela Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná - Fundação Araucária.

\*\* Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (PSE/UEM). E-mail: jessicadrielle@yahoo.com.br.

\*\*\* Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual de Maringá (DEN- PSE/UEM). E-mail: mlfoliveira@uem.br

political scenery which made the field more permeable to preventive measures, recovery and reintegration of drug users, with emphasis on public policies in the health care sector. Therefore, despite the historical tardiness of the country in recognizing the drug issue as a scourge of multifactorial nature, and not only the criminal-justice scope, many advances have been achieved in recent years

**Keywords:** Health Public Policy. Drug and Narcotic Control. Review.

### Resumen

Esta es una investigación descriptiva y analítica en el campo de las políticas públicas brasileñas para enfrentar el abuso de alcohol y otras drogas por la técnica de investigación documental y análisis de artículos científicos. O objetivo foi realizar uma síntese histórica das políticas publicas direcionada á usuários de álcool e outras drogas de abuso pelo Estado brasileiro. El modelo político asumido por el gobierno brasileño fue fuertemente influenciado por la prohibición casi hegemónica en el contexto internacional, marcado por la delincuencia, la psiquiatrización, y consiguiente exclusión de personas que usan drogas, sin distinción entre el uso y el tráfico. Pero en la segunda mitad del siglo XX se produjeron cambios significativos en la escena política, lo que hizo el campo más permeable a la prevención, recuperación y reinserción de consumidores de drogas, con énfasis en las políticas públicas en el sector de la salud. Así, a pesar del atraso histórico del país para reconocer el problema de las drogas como un azote de la naturaleza multifactorial, y no sólo en la justicia penal, los avances se han hecho muchos en los últimos años.

**Palabras clave:** Políticas Públicas de Salud. Control de Medicamentos y Narcóticos. Revisión.

## INTRODUÇÃO

Entende-se por políticas públicas o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. Nos Estados Modernos, as políticas públicas se converteram em instrumento primordial no processo de construção das sociedades, pois codificam normas e valores sociais, influenciando a conduta das pessoas, e contém, a partir dos textos normativos, modelos de sociedade (LOWI, 1972; PEREIRA, 2005; SOUZA, 2006).

Com vistas à organização da sociedade brasileira, as políticas públicas são desencadeadas em níveis federal, estadual e municipal, adquirindo uma missão específica à medida que buscam solucionar fenômenos distintos (LOWI, 1972; SOUZA, 2006). Fala-se de políticas públicas referindo, por exemplo, à política para a Educação, à proteção ambiental, à defesa nacional, ou à eficácia na promoção de um programa de capacitação (PEREIRA, 2005).

As políticas públicas são mecanismos de mudança social, orientado para promover o bem-estar, principalmente dos segmentos sociais mais destituídos, e nesse campo as políticas

públicas que se destacam, estão ligadas à saúde, uma das maiores preocupações do país, estados e municípios (SOUZA, 2006).

Dentre os problemas enfrentados pelos Estados Modernos, o crescimento da circulação e uso de substâncias psicoativas ganham destaque, principalmente, a partir do início do século XX. Configurando-se com um problema de saúde pública global, devido à dependência decorrente de seu uso e os efeitos produzidos pela progressão no consumo, ao poliuso e ao uso crônico; à gravidade de seus efeitos, que ultrapassa o limite do biológico; e ao aumento vertiginoso da prevalência do consumo na população mundial, com amplo debate da dualidade lei/ilegalidade e (des)criminalização (LORENZO, 2006).

Diante disso, o consumo e o impacto social do uso de drogas de abuso são temas de grande preocupação social. Resultados de diferentes pesquisas identificam o crescente aumento do consumo para fins recreativos, a redução da idade de iniciação e a facilidade de obtenção das drogas, devido a diferentes formas de produção e preços mais acessíveis (BÜCHELE; COELHO; LINDNER, 2009; MORAES, 2005; STAMM; BRESSAN, 2007).

A substância psicoativa é transformada “droga” a partir da simbolização que assume para determinados sujeitos ou grupos, assim tem-se as drogas de abuso, entorpecentes, drogas psicoativas, entre outras definições. Atualmente, a medicina define droga como sendo qualquer substância capaz de modificar o funcionamento do organismo vivo, agindo principalmente na função do sistema nervoso central, alterando temporariamente a percepção, o humor, o comportamento e a consciência, como fonte de prazer ou vantagem (BRASIL, 2009).

Portanto, nota-se que a palavra droga se refere a qualquer substância capaz de proporcionar alterações para fins recreacionais - alteração proposital da consciência; rituais ou espirituais - uso de enteógenos; científicos - funcionamento da mente; ou médico-farmacológicos - como medicação (BRASIL, 2009; CEBRID, 2003).

Nos tempos antigos, a palavra drogas, não possuía qualquer valor pejorativo, sendo aplicada a qualquer substância capaz de modificar e corrigir alterações fisiológicas ou comportamentais de um organismo, que levavam ao aparecimento de doenças. Os gregos, por exemplo, entendiam que qualquer droga se constitui em um veneno potencial e um remédio potencial, dependendo da dose, do objetivo do uso, da pureza, das condições de acesso a esse produto e dos modelos culturais de uso (SEIGEL, 2005; WEIL, 2004).

O uso de drogas é uma prática desde tempos pré-históricos. Há provas arqueológicas do uso de substâncias psicoativas a 10 mil anos atrás, e evidência histórica de uso cultural desde 5 mil anos (SEIGEL, 2005). Embora o uso pareça ter sido mais frequentemente

medicinal, sugeriu-se que o desejo de alterar a consciência é tão primevo quando o ímpeto de saciar a sede, a fome ou o desejo sexual (WEIL, 2004).

Historicamente, a regulação do uso destas substâncias se estabeleceu em contextos sócio-culturais específicos, que condicionaram o seu consumo mediante normas e convenções socialmente compartilhadas. Durante o século XX, no entanto, muitos países baniram o uso recreacional das drogas, considerando criminosos o uso, o armazenamento ou a venda, principalmente pelo isolamento experimental de princípios ativos de substâncias psicoativas e sua industrialização no século XIX (SAMORINI, 2002; SIEGEL, 2005).

No Brasil, as conseqüências do intenso processo de industrialização e urbanização do início do século XX, aliada ao isolamento experimental de princípios ativos de substâncias psicoativas na mesma época, com a sua produção em massa, foram alguns dos elementos catalisadores do aumento da circulação e uso dessas substâncias (ALVES, 2009).

Assim, o presente estudo objetivou realizar uma síntese histórica das políticas públicas direcionadas ao controle do uso de álcool e outras drogas de abuso pelo Estado brasileiro, refletindo sobre os avanços obtidos e as condições legais e conceituais do fenômeno enquanto um problema de saúde pública.

Para tanto, realizou-se uma investigação descritiva e analítica, por meio da técnica de investigação documental e análise de artigos científicos, elegendo o campo das políticas públicas brasileiras de enfrentamento ao consumo abusivo de álcool e outras drogas.

Foram utilizados como fontes primárias documentos oficiais destinados ao enfrentamento do consumo de drogas de abuso, constituídos por leis, decretos, portarias e medidas provisórias. Como fontes secundárias, recorreu-se a artigos científicos, publicados em periódicos nacionais e internacionais e livros que abordavam aspectos relacionados à temática.

Após seleção dos documentos oficiais e dos textos científicos, que constituíram o alicerce teórico do estudo, os resultados foram elencados no corpo do texto de acordo com a ordem cronológica de ocorrência, estabelecendo, em paralelo, uma análise crítica - reflexiva.

Optou-se por dividir o conteúdo em duas unidades de análise, uma de caráter mais generalista, incluindo as políticas instituídas sob a égide da Segurança Pública e Justiça Penal, e outra mais específica, abordando as propostas de políticas do Ministério da Saúde. Ao final, realizou-se uma reflexão sobre a evolução do pensamento político brasileiro em relação ao enfrentamento do consumo de drogas e teceram-se algumas considerações sobre o atual posicionamento das políticas públicas brasileiras.

## EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS SOBRE O ENFRENTAMENTO DO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A ética relativa ao uso dessas drogas é assunto de um contínuo debate, em parte por causa do potencial para abuso e dependência, e muitos governos têm imposto restrições sobre a produção e a venda dessas substâncias na tentativa de diminuir o abuso de drogas. A questão é alvo de políticas públicas, que inicialmente construíram seus discursos em dispositivos de criminalização e medicalização, sendo o usuário de drogas de abuso responsável do sistema judiciário ou alvo de internações compulsórias, por meio da “psiquiatrização” do consumo.

Esse posicionamento repressivo ao enfrentamento das drogas, assumido pelo Estado Brasileiro, foi fortemente influenciado por movimentos e decisões internacionais. As ações preconizadas pelos Estados Unidos da América (EUA) e o crescente posicionamento proibicionista de “guerra às drogas”, devido ao exponencial crescimento da industrialização de bebidas alcoólicas no país e à extensão mercantil do consumo, constituíram-se no alicerce ideológico para as políticas públicas sobre drogas ao redor do mundo (ALVES, 2009).

Diante da influência internacional e frente à emergente demanda social para o controle do consumo, em 1924, foi incluído no Código Penal Brasileiro, o Decreto 4294, que propôs pena de prisão para aqueles que vendessem ópio e seus derivados e cocaína, e do Decreto 14969, que criou o “sanatório para toxicômanos” (ALVES, 2009). Nesta época, as oligarquias mantinham a exclusão social da população pauperizada, em especial dos ex-escravos, e o país enfrentava um momento de alta tensão social e de criminalidade crescente, fato que pode ter catalisado o aumento do consumo de drogas na população brasileira.

No entanto, registros históricos relatam que a primeira lei proibicionista no Brasil, do ano de 1830, é originária da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, que aplicava penalidades aos “*negros vadios que fossem pego fumando maconha*”. Mas, foi o Código Penal Republicano, de 1890, o primeiro diploma penal brasileiro, que dispôs, no artigo 159, a proibição a algumas substâncias tidas como “*venenosas*” (FORTES, 2010).

Nas primeiras décadas do século XX o consumo de bebidas alcoólicas já era freqüente, mas, tolerado pelos governantes e pela sociedade brasileira, não era objeto de preocupação do Estado. A inércia dos governantes perante o consumo de álcool levou ao surgimento gradativo de sociedades de caráter privado, como a Liga Antialcoólica de São Paulo, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, a Liga Brasileira de Higiene Mental e a União Brasileira Pró-

Temperança, que promoviam a educação antialcoólica e as primeiras medidas assistenciais para alcoolistas, marcadas por concepções moralistas e higienistas (MORAES, 2005).

Essas sociedades não governamentais dirigidas por psiquiatras e membros da elite da classe médica brasileira, estavam alicerçadas de ideário difundido nas primeiras décadas do século XX, que se propunha a regularizar e fortalecer as funções afetivas, intelectuais e morais do indivíduo, bem como combater as causas determinantes das perturbações psíquicas.

De forma um pouco diferente do que aconteceu nos EUA, onde a criminalização do uso e do comércio de drogas decorreu de uma “ação preventiva” promovida por grupos específicos, em especial juristas, políticos e religiosos que ficaram à frente da política proibicionista, no Brasil o grupo que mais pressionou pelo controle penal das drogas foi marcadamente o dos médicos legistas e psiquiatras (ALVES, 2009).

Dando continuidade ao movimento de internacionalização do controle de drogas, apesar da criação do Ministério da Saúde, em 1953, em nenhum momento o consumo abusivo de drogas foi alvo de intervenções setoriais desse Órgão, que, desde sua criação até meados da década de 1970, manteve seu foco na vigilância sanitária e no controle das epidemias que assolavam o território brasileiro (LIMA, 2003).

Destaca-se que até os anos de 1950, as drogas não tinham a mesma importância econômica e política da atualidade nem o seu consumo havia atingido proporções tão elevadas. Era mais um ‘universo misterioso’, devido ao destacado uso de opiáceos, como a morfina e a heroína, próprio de grupos marginais da sociedade, desde integrantes da aristocracia européia, médicos, intelectuais, músicos, delinquentes até grupos da elite da América Latina (MORETTI-PIRES; CARRIERI; CARRIERI, 2008).

Após o final da Segunda Guerra Mundial e ascensão dos ideais neoliberais, difundidos por meio da globalização da economia, surgiu outra globalização do ‘mercado das drogas’, de caráter mais político, baseada na exportação de leis que buscavam legitimar o discurso jurídico-político e o estereótipo político-criminoso das substâncias psicoativas, além das fronteiras nacionais. Assim, especialistas internacionais, valorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização das Nações Unidas (ONU), criaram várias comissões técnicocientíficas que emitiram as primeiras observações e medidas de controle dessas substâncias, pautadas em teses farmacológicas, médicas e jurídicas (SILVA, 2008).

Nesse sentido, a ONU realizou três grandes convenções internacionais - Nova Iorque, 1961, e Viena, 1971, 1988 -, reafirmando a concepção internacional repressiva de combate ao uso e tráfico de drogas, bem expresso pelo termo “*war of drug*”. O Brasil, enquanto signatário dessas convenções, aprovou, no ano de 1971, a Lei 5726, que dispõe sobre medidas



preventivas e repressivas ao tráfico e ao uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Essa lei não faz nenhuma referência ao tratamento à saúde da população usuária de drogas, exceto aqueles referidos como infratores viciados, que eram internados compulsoriamente em hospitais psiquiátricos por tempo necessário à sua recuperação ou reabilitação criminal do viciado (BRASIL, 1971).

Posteriormente, foi esta lei substituída pela Lei 6368/1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. A nova lei apresentou certo avanço, principalmente por ampliar o leque de ações preventivas, destinando ações para os dependentes de entorpecentes e não apenas para os infratores viciados (BRASIL, 1976). Porém, fica evidente no conteúdo a forte influência da concepção médico- psiquiátrica, pela qual o usuário de drogas passou a ser considerado um doente e os hospitais psiquiátricos tornaram-se os dispositivos assistenciais privilegiados de atenção, com as portas assistenciais abertas aos consumidores de drogas, inicialmente, sob a alçada do Ministério da Justiça.

A partir de 1980, o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), foi o responsável pela formulação de políticas públicas para o enfrentamento das drogas. Embora a atuação do COFEN tenha privilegiado as atividades de repressão à produção, tráfico e consumo de drogas, algumas iniciativas deste órgão promoveu um desenvolvimento das práticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Dentre essas iniciativas, ressalta-se, o apoio aos centros de referência para tratamento, à pesquisas em prevenção na área de álcool e outras drogas, às comunidades terapêuticas e aos programas de redução de danos voltados para a prevenção da Aids entre usuários de drogas injetável (ALVES, 2009).

Em 1998, foi substituído pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), agora vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, outro órgão governamental responsável pelas diretrizes relativas ao controle do impacto das drogas na sociedade brasileira (ALVES, 2009).

O CONAD, órgão normativo e deliberativo da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), nascido sob o impacto da adesão brasileira ao documento da Sessão Especial da Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas – UNGASS/1998, dedicada ao enfrentamento mundial das drogas - constituiu o tema das drogas como assunto de Segurança Nacional, e organizou-se a partir de uma estrutura militar (ALVES, 2009; BRASIL, 2009).

O primeiro grande processo desencadeado pela CONAD foi a formulação da Política Nacional Antidrogas, instituída pelo Decreto 4.345/2002. Essa política inicia uma verdadeira “*narcoguerrilha*”, retratando as drogas como ameaças à humanidade e à vida em sociedade, e

buscou incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas (BRASIL, 2002a)

Também no ano de 2002, é instituída a Lei 10409, preconizando o tratamento do dependente ou usuário de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família, e indicando a estratégia de redução de danos, sob regulação do Ministério da Saúde. Entretanto, com vários artigos vetados, não revogou por completo a Lei 6.368/1976. (ALVES, 2009; BRASIL, 2002b).

Importantes mudanças ocorridas no cenário político da época, somadas à experiências adquiridas na implementação de programas de redução de danos na atenção a saúde de usuários de drogas injetáveis e à formulação da *Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, contribuíram para o realinhamento discursivo na política do CONAD, a começar pela denominação, que mudou de ‘Antidrogas’ para “Políticas sobre Drogas” (ALVES, 2009; BRASIL, 2004).

Desta forma, em 2005, o CONAD aprovou a Política Nacional sobre Drogas, que inclui a questão do uso abusivo de drogas como um problema de saúde pública, e admite a necessidade do tratamento, recuperação e reinserção social do usuário de álcool e outras drogas (CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS, 2005).

A Política Nacional sobre Drogas tem como principais diretrizes: atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas; reconhecer o direito de toda pessoa receber tratamento para drogadição; reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante; priorizar ações de prevenção; incentivar ações integradas aos setores de educação, saúde e segurança pública; promover ações de redução de danos; garantir ações para reduzir a oferta de drogas no país, entre outras orientações (CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS, 2005).

A mais recente legislação brasileira sobre drogas – a Lei 11343/2006, que revogou a Lei 10.409/2002 e a Lei 6.368/1976 – apresenta avanços historicamente significantes e reveladores de um posicionamento político mais moderado em relação às drogas. Se por um lado as atividades de repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas são acentuadas, com definição de novos crimes correlatos e o aumento das penalidades previstas, por outro lado, distingue a condição de usuários e dependentes de drogas e aborda, de forma mais extensiva que as leis anteriores, as atividades de prevenção ao uso indevido, atenção à saúde e reinserção social. Outra mudança expressiva refere-se ao estabelecimento de penas alternativas ao crime definido como porte de drogas para consumo pessoal (BRASIL, 2006).

## **AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

Na década de 1980, o intenso debate sobre direitos humano teve como ponto culminante a elaboração da Constituição de 1988, a qual destacou a saúde como umas das condições essenciais à vida digna sendo, portanto, um direito fundamental. Assim, as políticas de saúde brasileiras foram formuladas a fim de viabilizar a garantia normativa máxima a saúde (RONZANI; MOTA, 2011).

O usuário de drogas de abuso também é um ser com direito à saúde, e deve ser acolhido, vinculado e assistido em sua singularidade e inserção sócio-cultural como qualquer outro usuário dos serviços de saúde. Desta forma, as políticas públicas de saúde constituem-se em um conjunto de ações sociais dirigidas à garantia do direito à saúde em todas as suas dimensões (promoção, proteção e recuperação), e visam, sobretudo, garantir às populações vulneráveis a melhoria das condições de saúde (LORENZO, 2006; SOUZA, 2006).

No Brasil, a operacionalização das diretrizes constitucionais ocorreu por meio da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo elas a universalidade e equidade no acesso às ações e serviços, pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade da atenção e de participação da comunidade (LUCCHESI et al., 2002). Com a consolidação do SUS, a saúde passa a ser pensada como uma obrigatoriedade do Estado, com responsabilização da esfera federal, estaduais e municipais (RONZANI; MOTA, 2011).

Neste terreno fértil para mudança emerge o movimento reacionário de saúde mental, marcado por debates e disputas de diferentes interesses, o que levou a uma mobilização de diversos setores da sociedade para que houvesse um cuidado mais digno e humanizado aos portadores de transtorno mental– e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas (RONZANI; MOTA, 2011). Este movimento ficou conhecido como Luta Antimanicomial e propôs as mudanças para a consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Essas mudanças são visíveis na Lei 10216, de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, que ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garante aos usuários de serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas – a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais

mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população (BRASIL, 2004).

Desta forma, apesar do atraso histórico em considerar o uso de álcool e outras drogas como um assunto de saúde pública, o Ministério da Saúde divulgou no ano de 2003, e publicou no ano de 2004, o documento *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral A Usuários de Álcool e Outras Drogas*, diretriz principal na área da saúde pública. (BRASIL, 2004).

Essa ‘política’ tem nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica seus eixos centrais, a partir dos quais trabalha as especificidades de seu público-alvo. Suas principais orientações visam o estabelecimento e fortalecimento de um trabalho em rede, para proporcionar atenção integral, acesso facilitado aos serviços, participação do usuário no tratamento e a criação de serviços de atenção diária como alternativa ao hospital psiquiátrico - os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e os Centros de Apoio Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) (BRASIL, 2004).

Esses CAPS e sua modalidade para atendimento exclusivo para usuário de álcool e drogas – CAPSad- são a expressão prática da Reforma Psiquiátrica, pois trata-se de uma modalidade de atenção à saúde centrada na comunidade, caracterizada por atendimento ambulatorial realizado por uma equipe multiprofissional especializada, articulando ações de redução de danos, prevenção, recuperação, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas de abuso (BRASIL, 2004).

*A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral A Usuários de Álcool e Outras Drogas* foi fortemente influenciada pelos programas de redução de danos, e pelo processo de reestruturação da atenção em saúde mental. Buscou-se inaugurar uma prática de saúde pública capaz de superar abordagens antidrogas e moralistas ainda muito presentes nas práticas desenvolvidas no país na área de álcool e outras drogas.

No entanto, apesar dos avanços documentais observados, lidar com o enfrentamento do consumo de álcool e outras drogas é como “*atirar em um alvo em movimento*”, dada a velocidade com que novas drogas são postas em circulação e os problemas decorrentes de seu uso, cada vez mais complexo. É o caso do *crack*, que surgiu no Brasil no final da década de 1980 - um composto extremamente potente, de efeito de curta duração e com alto potencial para desenvolver dependência - e, em 2011, o “*oxi*”, um desenvolvimento moderno do *crack*, que agrega em sua composição substâncias potencialmente mais tóxicas.

Estes novos tipos de drogas de abuso, somadas aos velhos conhecidos, como o álcool, o tabaco, a maconha ou haxixe, o ópio, a cocaína, e outras ‘produzidas em laboratórios’, como

o ecstasy (metanfetaminas), solventes e inalantes, o LSD (dietilamida do ácido lisérgico), constituem o foco de ação das políticas públicas dos Estados Modernos. Alguns êxitos foram alcançados pelas políticas implementadas, entretanto existem algumas lacunas assistenciais, principalmente na área da saúde, com atenção especial para a prevenção e o tratamento dos transtornos associados ao consumo do álcool e de outras drogas.

Considerando essa necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas, o Ministério da Saúde instituiu, no ano de 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2009).

Essa nova diretriz política objetivou aumentar o leque de ação das diretrizes anteriores. As finalidades são: ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no SUS; diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; e construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários (BRASIL, 2009).

Em 2010, o Ministério da Saúde, em parceria com outros órgãos governamentais, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários, e ao enfrentamento do tráfico de *crack* e outras drogas ilícitas. Entre os objetivos do Plano, estão articular e ampliar as ações voltadas à prevenção e reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis; fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de *crack* e outras drogas; ampliar a participação comunitária nas políticas; e capacitação profissional (BRASIL, 2010).

Essa evolução, embora extremamente positiva sob o ponto de vista político, não acompanha a crescente disseminação do uso de drogas de abuso na sociedade brasileira. A evolução do pensamento político se dá de forma lenta, e a atuação estatal vem deixando, gradualmente, de ser repressiva e punitiva, passando a se caracterizar pela consciência da real necessidade de prevenção, por meio da conscientização social e do desenvolvimento de políticas públicas eficazes, e do tratamento dos usuários de drogas em caráter iminente de saúde pública (MORETTI-PIRES; CARRIERI; CARRIERI, 2008).

O cenário epidemiológico brasileiro mostra a expansão do consumo de drogas psicoativas, especialmente álcool e cocaína, utilizada na forma de pó ou cloridrato e nas formas impuras da

pasta base, crack, merla e outros preparados para uso fumado. A maconha tem prevalência importante, porém, seu uso encontra-se relativamente estável, e as substâncias inaladas - cola de sapateiro, thiner - são relevantes, porque se associam com a situação de extrema vulnerabilidade social e pessoal de crianças, adolescentes e jovens, especialmente em situação de rua. Finalmente, as modernas drogas sintéticas do tipo anfetamínicas, como o ecstasy, aparecem com uso crescente nos segmentos urbanos jovens (BRASIL, 2009).

## REFLEXÕES FINAIS

As políticas públicas enquanto instrumento do Estado que operam sobre as demandas populacionais são dispositivos relativamente novos, e, neste contexto, as políticas públicas direcionadas ao enfrentamento do consumo de drogas de abuso são ainda mais incipientes. Desta forma, pressupõem-se que a não operância de algumas destas diretrizes não significa inviabilidade política, mas um período de “*janela política*”, ou seja, o tempo entre a sua publicação e a sua assimilação e operacionalização pelos dirigentes (EXWORTHY; BLANE; MARMOT, 2003).

Promover essa reflexão sobre a evolução do pensamento político sobre o enfrentamento do consumo abusivo de álcool e outras drogas na sociedade brasileira é extremamente importante, a medida que mostra o amadurecimento ideológico que serviu de alicerce metodológico para fundamentar as políticas públicas no último século direcionadas para esse parcela populacional excluída.

Observa-se que foram muitos os avanços referentes ao manejo do uso de álcool e outras drogas, porém ainda muito precisa ser feito. Apesar da assimilação do uso/abuso de drogas como um problema de saúde pública e não exclusivamente pertencente ao âmbito da segurança pública e justiça, ainda prevalece na sociedade brasileira um espécie de “*narcoterrorismo*”. Para se obter sucesso no combate ao uso e ao tráfico de drogas, é imprescindível saber quem é causa e quem é consequência.

Apesar da violência presente na cadeia de produção destas substâncias psicoativas, é preciso compreender as influências dos fatores sociais, como miséria, desemprego, corrupção, que são retratos vivos do nosso dia-a-dia, tantas vezes desorientadores das nossas próprias ações. Neste sentido, as políticas públicas atuais, estão voltadas para programas de prevenção e promoção da saúde, cujo propósito fundamental é fortalecer os fatores de proteção e diminuir os riscos para o uso, pois entende-se que tão importante como tratar os indivíduos já em uso é preciso proteger os que ainda não entraram em contato.

Para a consecução de todo esse arcabouço político é imprescindível que haja apoio dos dirigentes governamentais e não governamentais, e envolvimento efetivos dos diversos setores da administração pública, pois do contrário, corre-se o risco de se acumular uma grande quantidade de material teórico sem nenhuma aplicabilidade prática.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discurso político, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.

BRASIL. Lei nº 5.726 de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 8769, 1 nov. 1971. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1971/5726.htm>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

BRASIL. Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1976. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1976/6368.htm>>. Acesso em: 18 nov.

BRASIL. Decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 nov. 2002a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2011.

BRASIL. Lei nº 10.409 de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jan. 2002b. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327008.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: CN-DST/AIDS, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.190**, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, DF, 2009. Disponível em:

<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)>. Acesso em: 12 nov. 2011.

BRASIL. Decreto n° 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 7179, 21 maio 2010. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2011.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S.R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. **Drogas Psicotrópicas**. São Paulo, 2003.

CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS (Brasil). Gabinete de segurança institucional. **Política nacional sobre drogas**. Brasília, DF, 2005.

EXWORTHY, M.; BLANE, D.; MARMOT, M. Tackling health inequalities in the United Kingdom: the progress and pitfalls of policy. **Health Service Research**, London, v. 38, no. 6, p. 1905-1921, 2003.

FORTES, F. A. P. **A repressão e a proibição ao comércio de “drogas ilícitas”**: uma análise a partir do inc. xliii do art. 5° da constituição federal. 2010. 220 f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

LIMA, A. L. G. S.; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1037-1051, 2003.

LORENZO, C. Vulnerabilidades em saúde pública: implicações para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, DF, v. 2, n. 3, p. 299-231, 2006.

LOWI, T. Four systems of policy and choice. **Public Administration Review**, Washington, DC, v. 32, no. 4, p. 298-310, 1972.

LUCCHESI, P. T. R. (Coord.). AGUIAR, D. S.; WARGAS, T.; LIMA, L. D.; MAGALHÃES, R.; MONERAT, G. L. **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MORAES, M. M. O modelo de atenção á saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2005.



MORETTI-PIRES, R. O.; CARRIERI, C. G.; CARRIERI, G. G. O estado frente a temática das drogas lícitas e ilícitas: avanços na nova legislação e desafios frente ao Sistema Único de Saúde (SUS). **SMAD: Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 1-9 2008.

PEREIRA, O. Políticas públicas e coesão social. *Estudios Económicos de Desarrollo Internacional*. **Asociación Euro-Americana de Estudios de Desarrollo Económico**: AEEADE, Santiago de Compostela, v. 5, n. 2, v. 5, p. 123-142, 2005.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B. Política de saúde para a atenção integral a usuários de drogas. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) (Org.). **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 4. ed. Brasília, DF: SENAD, 2011. p. 237-252.

SAMORINI, G. **Animals And Psychedelics: The Natural World & The Instinct To Alter Consciousness**. Rochester, Vermont: Park Street, 2002.

SIEGEL, R. K. **Intoxication: The Universal Drive for Mind-Altering Substances**. Rochester, Vermont: Park Street, 2005.

SILVA, M. O. S. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: SILVA, M. O. S. et al. (Coord.). **Pesquisa avaliativa: aspectos teóricos e metodológicos**. São Paulo: Veras Editora; São Luis: GAEPP, 2008. p. 89-178.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

STAMM, M.; BRESSAN, L. Consumo de Álcool Entre Estudantes do Curso de Enfermagem de um Município do Oeste Catarinense. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 319 -324, jul./set. 2007.

WEIL, A. **The Natural Mind: a revolutionary approach to the drug problem**. Boston: Houghton Mifflin, 2004.

## 5 ARTIGO 2

**ATENCAO INTEGRAL A SAÚDE DE USUÁRIOS DE DROGAS EM UMA ÁREA DE RISCO\***

INTEGRAL ATTENTION TO THE HEALTH OF DRUG USERS AT A RISK AREA

ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE USUARIOS DE DROGAS EN UN ÁREA DE RIESGO

Jessica Adrielle Teixeira Santos\*\*  
Magda Lúcia Félix de Oliveira\*\*\*

**Resumo**

O presente estudo objetivou discutir as facilidades e dificuldades para ações de enfrentamento do uso de drogas de abuso, realizadas por profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo de caso, com foco na dimensão avaliativa do processo, utilizando análise documental, observação e entrevista. Foi realizado em uma unidade básica de saúde com área de abrangência considerada de risco para o uso de drogas de abuso, do município de Maringá-Paraná. Os sujeitos foram **25** profissionais da Estratégia de Saúde da Família e o padrão avaliativo foram as diretrizes do documento *A Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Verificou-se conformidade parcial das ações com as diretrizes preconizadas e necessidade do fortalecimento do trabalho em rede, incremento de ações intersetoriais e definição institucional do papel da atenção primária na rede de atenção à Saúde Mental. Os princípios de ação da Saúde da Família foram referidos como facilitadores das ações, pois possibilitaram a realização de ações direcionadas aos usuários em uso/abuso de drogas e suas famílias. Deficiência de infraestrutura, falta de instrumentalização profissional para as ações de enfrentamento, barreiras culturais no contato com os indivíduos em uso/abuso drogas, e pouco tempo para planejamento, foram apontadas como dificuldades.

**Palavras-chave:** Avaliação. Atenção primária à saúde. Profissionais de saúde. Abuso de drogas.

**Abstract**

The present study aimed at discussing the facilities and the difficulties for the Primary Health Care agents to face the use of drugs of abuse. It is a case study, focused on the evaluative dimension of the process, by means of documental analysis, observation and interview. The study was carried out at a Unity of Basic Health, at an area considered of high risk for drugs of abuse use, located in Maringa, Brazil. The study's subjects were 25 professionals of Family Health Program, and the evaluation standard were the guidelines found in the document *A Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. We could notice partial conformity with the guidelines, as well as the need of

---

\* Produto da Dissertação de Mestrado de título: "Avaliação da implantação da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas: um estudo de caso", subsidiado pela Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná - Fundação Araucária.

\*\* Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Paraná, Brasil.

\*\*\* Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Paraná, Brasil

strengthening networks, improving intersectoral actions and defining the role of primary care at the mental health network. The action principles of Family Health Program were considered as actions' facilitators, once they enabled the execution of actions directed towards users of drugs of use/abuse and their families. Infrastructural deficiency, lack of professional preparation for coping actions, cultural barriers when contacting users of drugs of use/abuse and little time for planning were difficulties highlighted.

**Keywords:** Evaluation. Primary Health Care. Health professionals. Drug abuse.

### Resumen

El presente estudio tuvo el objetivo de discutir las facilidades y dificultades para acciones de enfrentamiento del uso de drogas de abuso, realizadas por profesionales de salud de la Atención Primaria a la Salud. Se trata de un estudio de caso, con enfoque en la dimensión evaluativa del proceso, utilizando análisis documental, observación y entrevista. Fue realizado en una unidad básica de salud con área de alcance considerada de riesgo para el uso de drogas de abuso, del municipio de Maringá-Paraná. Los sujetos fueron 25 profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia y el estándar evaluativo fueron las directrices del documento *La Política del Ministerio de la Salud Para Atención Integral a Usuarios de Alcohol y Otras Drogas*. Se averiguó conformidad parcial de las acciones con las directrices preconizadas y necesidad del fortalecimiento del trabajo en red, incremento de acciones intersectoriales y definición institucional del rol de la atención primaria en la red de atención a la Salud Mental. Los principios de acción de la Salud de la Familia fueron referidos como facilitadores de las acciones, pues posibilitaron la realización de acciones dirigidas a los usuarios en uso/abuso de drogas y sus familias. Deficiencia de infraestructura, falta de instrumentalización profesional para las acciones de enfrentamiento, barreras culturales en el contacto con los individuos en uso/abuso de drogas, y poco tiempo para planeamiento, fueron apuntados como dificultades.

**Palabras clave:** Evaluación. Atención primaria a la salud. Profesionales de salud. Abuso de drogas.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada cuidados primários de saúde em Portugal e atenção básica no Brasil, representa um marco referencial para a organização dos serviços de saúde, e caracteriza-se como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, proporcionando atenção integral à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham (ALMEIDA; GIOVANELA, 2008; STARFIELD, 2002).

No Brasil, a reorientação do modelo assistencial baseada na APS se consolida na Estratégia Saúde da Família (ESF), presente em mais de 90% dos municípios brasileiros, e se materializa para o cidadão por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), das Unidades de Saúde da Família (USF), dos Núcleos de Saúde da Família (NASF), e de outros dispositivos inovadores de cuidado a agravos específicos (ELIAS et al., 2006).

Esse modelo de atenção constitui a base do sistema nacional de saúde e deve ser desenvolvido em um formato abrangente, compreendendo o diagnóstico, tratamento,

reabilitação e manutenção da saúde, e principalmente, a promoção e proteção da saúde e a prevenção de agravos (BRASIL, 2006).

A promoção e proteção da saúde impõem-se atualmente pela complexidade dos problemas que caracterizam a realidade sanitária, em que predominam as doenças crônicas não transmissíveis - DCNT ao lado de doenças sociais contemporâneas, como violências e uso de drogas de abuso. Um desafio da APS é o estabelecimento de uma rede de cuidado integrada e fortalecida para controle desses agravos, principais fonte da carga de doença no Brasil, onde os transtornos neuropsiquiátricos, como a depressão, os transtornos mentais leves e transtornos atribuíveis ao uso inadequado do álcool, detêm a maior parcela de contribuição (BRASIL, 2004; SCHMIDT et al., 2011; STAMM; BRESSAN, 2007).

O uso de drogas de abuso configura-se como um problema emergente e multidimensional, devido à extensão de seus efeitos, que ultrapassa o limite do biológico, à severidade dos agravos produzidos pelo seu uso crônico, e ao aumento vertiginoso da prevalência na população mundial. Neste sentido, não basta circunscrevê-lo à mera relação existente entre uma pessoa e uma substância, faz-se necessário considerar essa interação num determinado contexto, envolvendo valores, crenças e suas relações com os contextos mais amplos (GONÇALVES, 2002; SPRICIGO et al., 2004; WRIGHT, 2002).

Cerca de 200 milhões de pessoas – quase 5% da população mundial entre 15 e 64 anos – usam drogas ilícitas pelo menos uma vez por ano (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2010). De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas em indivíduos de 12 a 65 anos nas 108 maiores cidades brasileiras, 22,8% dos entrevistados declararam ter usado algum tipo de droga no - último ano, o que corresponde a uma população de 10.746 pessoas, um aumento de 3,4% de uso de drogas psicotrópicas no ano, se comparado ao I Levantamento Domiciliar, realizado em 2001 (CARLINI et al., 2006; GALDURÓZ, 2011).

Em 2008, apenas um quinto, aproximadamente, dos usuários de drogas foi acessado pelos serviços de saúde, o que significou milhões de pessoas dependentes de drogas sem acolhimento e tratamento adequado (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2010). Reconhecer o consumidor, suas características e necessidades, favorece estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa implantar programas de prevenção, promoção, tratamento e reinserção social adaptada às diferentes necessidades do usuário, família e território em que vivem (BALLANI; OLIVEIRA, 2007).

Nesse sentido, definir o papel da atenção primária a saúde na rede de atenção extra-hospitalar ou substitutiva dos cuidados em Saúde Mental e dos transtornos atribuíveis ao uso

de drogas, em particular, é uma das diretrizes históricas para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, que preconiza a centralidade da constituição de dispositivos de base comunitária e territorial enquanto equipamentos para que se supere a assistência à saúde mental hospitalocêntrica (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009).

No contexto da APS, o enfrentamento de problemas relacionados ao abuso de drogas volta-se para o desenvolvimento de um modelo de atenção descentralizado e articulado com a comunidade local; favorece o contato dos profissionais de saúde com a realidade das famílias; facilita a atuação de forma resoluta nas situações de risco e o fortalecimento dos fatores de proteção; aumenta a cobertura assistencial e o acesso aos serviços de saúde; e proporciona maior potencial para a reinserção social, pois respeita o protagonismo do indivíduo e suas singularidades (BRASIL, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A ESF, por meio de ações em uma equipe multidisciplinar, reúne condições que possibilitam a superação dos problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas, devido às suas características básicas: um programa em articulação com a APS, que elege a família como unidade programática de atenção, atuar em uma base territorial definida e desenvolver um trabalho articulado com a comunidade (GONÇALVES, 2002).

Porém, as práticas realizadas pelas equipes, apesar do instrumental aparentemente simples, são complexas no nível das “tecnologias humanas”, pois envolvem sujeitos e objetos de natureza diferentes, tais como trabalhadores de saúde, organização e gerenciamento da oferta da atenção, população adstrita e atendida. A avaliação dessas práticas é uma necessidade operacional para manutenção da qualidade e, também, um desafio, devido a complexidade de seus processos (FACCHINI et al., 2008; SOUZA; MENANDRO, 2011).

Para Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação em saúde consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, como um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.

A maioria dos estudos sobre a avaliação de serviços de saúde têm-se baseado em uma ou mais categorias propostas por Donabedian, discriminada em avaliação da estrutura, do processo e do resultado. A estrutura refere-se aos meios pelos quais se efetuam o cuidado, como recursos materiais, humanos e estrutura organizacional; o processo compreende as atividades desempenhadas tanto pelos clientes como pelos profissionais de saúde na atenção à saúde, e o resultado, que denota os efeitos do cuidado sobre o estado de saúde do cliente e mudanças no seu comportamento e o seu grau de satisfação em relação ao cuidado (DONABEDIAN, 1981).

A fundamentação para avaliação de políticas públicas, programas e ações de saúde está, em geral, associada aos problemas que são verificados no processo de implementação, pois dificilmente esses programas e ações atingem os objetivos e metas propostas e raramente são implantados e desenvolvidos de acordo com seu desenho original e com as estratégias traçadas por seus formuladores (CAVALCANTI, 2008). Avaliar a APS em sua vertente mais inovadora – a Estratégia de Saúde da Família -, é importante para verificar a adequação de infra-estrutura e recursos humanos para a organização dos serviços, e os possíveis impactos dessa adequação produzidos na saúde e bem-estar das populações, visando à qualidade da atenção (SCOCHI, 2007).

Assim, o presente estudo objetiva descrever as ações de enfrentamento do uso de drogas de abuso na atenção primária à saúde, e discutir os itens facilitadores e as principais dificuldades enfrentadas por profissionais de saúde.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo avaliativo, desenvolvido por meio de estudo de caso único, com foco na dimensão avaliativa do processo (DONABEDIAN, 1981), que utilizou como recursos metodológicos a análise documental, a observação e a entrevista.

O estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto, por meio do qual se procura estudar as variações intra-sistema, isto é, as variações que se produzem naturalmente em um dado meio (YIN, 1994).

A observação e a entrevista são técnicas de pesquisa de trabalho de campo que se adaptam à avaliação de processo, pois possibilitam um contato pessoal do pesquisador com o objeto de investigação, permitindo acompanhar as experiências diárias dos sujeitos e examinar realidade social (MINAYO, 2008).

O estudo teve como unidade de análise uma unidade básica de saúde – UBS, no município de Maringá - Paraná, no ano de 2011. A escolha desta unidade foi intencional, pois a sua área de abrangência possui os maiores indicadores municipais de internação e violência relacionados às drogas de abuso, além de ser considerada de baixo desenvolvimento social pelo Diagnóstico Social de Maringá (MARINGÁ, 2010a, 2011a).

A UBS possui três equipes de Saúde da Família, e uma equipe do Núcleo de Saúde da Família – NASF. Os integrantes dessas equipes foram considerados os sujeitos de interesse para o estudo, compreendendo 25 profissionais.

As dimensões utilizadas no modelo teórico de avaliação foram o contexto interno e o contexto organizacional da atenção à saúde. O contexto externo à UBS, entendido como a forma de organização da rede de atenção e da assistência à saúde no município, em especial na Saúde Mental e características do território estudado, foi brevemente descrito nos aspectos Político Institucional e de Organização da Atenção (Figura 1).

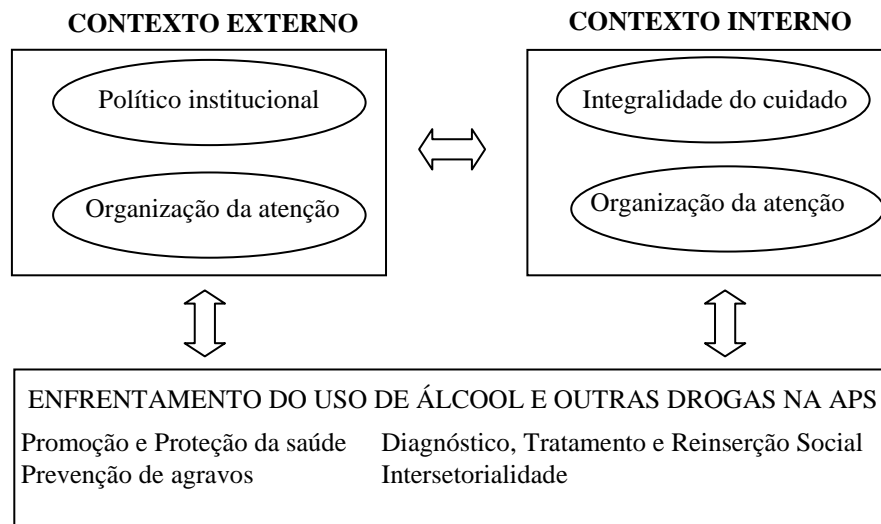


Figura 1 – Modelo teórico da análise segundo as dimensões de análise.

Para caracterização do contexto externo, foram consultados documentos oficiais das Secretarias Municipais de Saúde e de Assistência Social - Relatório da Gerência de Planejamento e da Gerência de Assistência à Saúde, Plano Municipal de Saúde, Pacto de Saúde Municipal, Relatório da 9ª Conferência Municipal de Saúde, o Relatório Circunstanciado Mensal sobre Atendimento e Tratamento ao Consumo Abusivo de Drogas na Cidade de Maringá – Paraná, e dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) dos anos de 2009-2010.

Para aproximação do contexto organizacional e captar a realidade empírica da Unidade e dos profissionais das equipes de Saúde da Família e do NASF, foram realizadas 25 horas de observação na UBS durante o período de uma semana no mês de agosto de 2011. A exploração do campo foi instrumentalizada por um roteiro de observação contendo como itens norteadores: o panorama geral da unidade (infra estrutura), a organização das ações, as características dos atendimentos e a observação das interações sociais.

Para a análise das facilidades e dificuldades da prática diária e da avaliação pessoal dos sujeitos do estudo sobre a rede municipal de assistência a saúde para usuários de álcool e outras drogas, foi utilizado um roteiro de entrevista com duas questões norteadoras: “Como você considera a atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços de saúde no município?” e “Exemplifique os desafios e os êxitos na atenção ao usuário de álcool e outras

drogas nos serviços de saúde no município?”. As entrevistas foram gravadas em meio digital e realizadas ao término de cada período de observação da Unidade.

As questões foram transcritas e analisadas por meio da técnica de Análise Temática (MINAYO, 2008) em três etapas, conforme preconizado pela autora. Na pré-análise realizou-se leituras do material transcrito das entrevistas, retornando por vezes ao início e ao objetivo da pesquisa. Na fase exploratória, realizaram-se recortes por temas repetidos nas falas, classificando-os em tabelas para facilitar a quantificação, e explorando, em seguida, os significados. No tratamento dos dados, procedeu-se a agregação dos temas em categorias teóricas obedecendo aos objetivos do estudo e as questões norteadoras.

Visando à preservação da identidade dos sujeitos, assim como diferenciá-los durante o estudo, estes foram referenciados pela sua categoria profissional, e quando na presença de mais de uma pessoa na mesma categoria, procedeu-se a numeração crescente “ACS-1, ACS-2 [...]”.

Foram adotadas como referencial para discussão dos dados as diretrizes para a atenção primária à saúde do documento *A Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, texto principal na área de Saúde Pública para a atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

A pesquisa envolveu dois níveis de produção de informação: (1) sobre a Rede Municipal de Saúde de Maringá, principalmente no campo da assistência a usuários de álcool e outras drogas, com dados relativos aos anos de 2000 a 2011 (contexto externo); e (2) descrição de ações sobre a assistência a usuários de álcool e outras drogas na APS, informadas por profissionais de saúde da ESF (contexto organizacional).

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, foram observados os aspectos éticos disciplinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 102/2011).

O presente estudo constituiu parte do processo de construção do arcabouço teórico e empírico da dissertação de mestrado intitulada *Avaliação da Implantação da Política de Atenção Integral a Usuário de Álcool e Outras Drogas: um estudo de caso*.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Contexto Externo: Aspectos Político Institucional e da Organização da Atenção**

O município de Maringá, localizado na região Noroeste do Paraná, possui uma população de 357.117 habitantes, e é sede da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Possui uma taxa de analfabetismo de 5,39% na população de 15 anos ou mais, e renda *per*



*capita* média de R\$ 465,37, ocupa a 6ª posição em relação aos demais municípios paranaenses e 67ª posição em relação aos municípios brasileiros no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ocupa (IBGE, 2010; MARINGÁ, 2010b).

A rede de APS de Maringá é constituída de 25 UBS e 10 Casas de Saúde da Família, organizadas em cinco regionais de saúde, e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), organizado em três regionais de atendimento.

O município adotou o modelo assistencial da ESF no ano de 2000, e deste então, vem empregando esforços para o seu fortalecimento na APS. Em 2010, Maringá alcançou cobertura de 74,7% da população, com 66 equipes habilitadas pelo Ministério da Saúde, sendo 62 de equipes de Saúde da Família e quatro de equipe de Agentes Comunitários de Saúde. Nesse mesmo ano, foram implantadas sete equipes do NASF, como apoio matricial às demais equipes da Saúde da Família. (MARINGÁ, 2010b, 2011b).

A estruturação da Rede de Atenção em Saúde Mental também se iniciou na década de 2000, com investimento na construção de uma rede de serviços de base comunitária e territorial, que incluiu a atenção básica, a atenção especializada e a intervenção reguladora das internações psiquiátricas (MARINGÁ, 2010b).

De acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, integram a rede de serviços destinados à assistência de pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Ambulatórios, Centros de Convivência e Cultura, Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais, Serviços Hospitalares de Referência para usuários de Álcool e Outras Drogas (SHRad) e outras ações e serviços vinculados à atenção primária a saúde (APS) (BRASIL, 2004).

Baseada nesta estrutura, a Rede de Atenção à Saúde Mental de Maringá é constituída de unidades básicas de saúde, com apoio das equipes NASF; o Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM); os Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II – CAPS ad II, e o Centro de Atenção Psicossocial infantil – CAPSi; duas residências terapêuticas; o projeto Consultório de Rua; uma emergência psiquiátrica que funciona no Hospital Municipal Dr<sup>a</sup> Thelma Villanova Kasprovicz (HMM), e 319 leitos hospitalares – 26 leitos no Setor de Psiquiatria do HMM, oito leitos psiquiátricos no Hospital Memorial de Maringá, 285 leitos em um hospital psiquiátrico de longa permanência, sendo 252 leitos do SUS (MARINGÁ, 2010b, 2010c; PINI, 2009).

O CAPSad, implantado em 2002, desenvolve seu trabalho por meio de grupos de acolhimento, psicoterapia individual e grupal, terapia ocupacional, consultas psiquiátricas e de

enfermagem e oficinas terapêuticas. Em 2008, 49% dos pacientes atendidos no serviço faziam uso abusivo de álcool e 41% apresentava padrão de poliuso de drogas, a maioria em combinação com o *crack*. O consumo de maconha foi responsável por 10% dos atendimentos (MARINGÁ, 2010b, 2010c).

O Ambulatório CISAM foi inaugurado em 1994. Realiza consultas psiquiátricas, psicológicas e de enfermagem, nas modalidades individual e em grupo, dispensação de medicamentos psicotrópicos. No ano de 2009, do total de 7.232 pessoas com comorbidades atendidas pelo Centro, 1,4% foi em decorrência de “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas” (MARINGÁ, 2010b, 2010c).

O controle social das ações para enfrentamento do consumo de álcool e outras drogas de abuso é realizado pelo Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas – COMAD, Órgão colegiado, normativo e deliberativo, que se integra à ação articulada com órgãos nos níveis estadual e federal para comporem o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. O COMAD tem a finalidade de estabelecer as diretrizes e propor uma política municipal sobre as atividades de prevenção, tratamento, redução de danos e segurança pública (MARINGÁ, 2001).

Além dos esforços no setor saúde, a Diretoria de Programas sobre Drogas, vinculada a Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC), criada em 2009, desenvolve trabalho de prevenção, que permeia a questão do consumo de drogas de abuso, acesso aos direitos, e ao fortalecimento do protagonismo de crianças e jovens. É também responsável pela publicação do Relatório Circunstanciado Mensal sobre Ações de Prevenção e Tratamento do Uso de Drogas na Cidade de Maringá, retratando os atendimentos realizados na rede municipal de Assistência Social, Saúde e Segurança/Justiça.

A partir de 2011, a regulação do acesso e encaminhamentos para serviços de tratamento e reabilitação de usuários de álcool e outras drogas no âmbito municipal, passou a ser coordenado, no ano de 2011, pela Diretoria de Programas Sobre Drogas. A Diretoria, por meio de uma comissão intersetorial, elaborou o Fluxograma Municipal para Organização da Atenção à Saúde a Indivíduos em Uso Abusivo de Álcool e outras Drogas, visando à acessibilidade e ao atendimento integral.

A Figura 2 representa, esquematicamente, a operacionalização do fluxograma, considerado o modelo lógico da atenção aos usuários de álcool e outras drogas do município de Maringá - Paraná (MARINGÁ, 2011c).

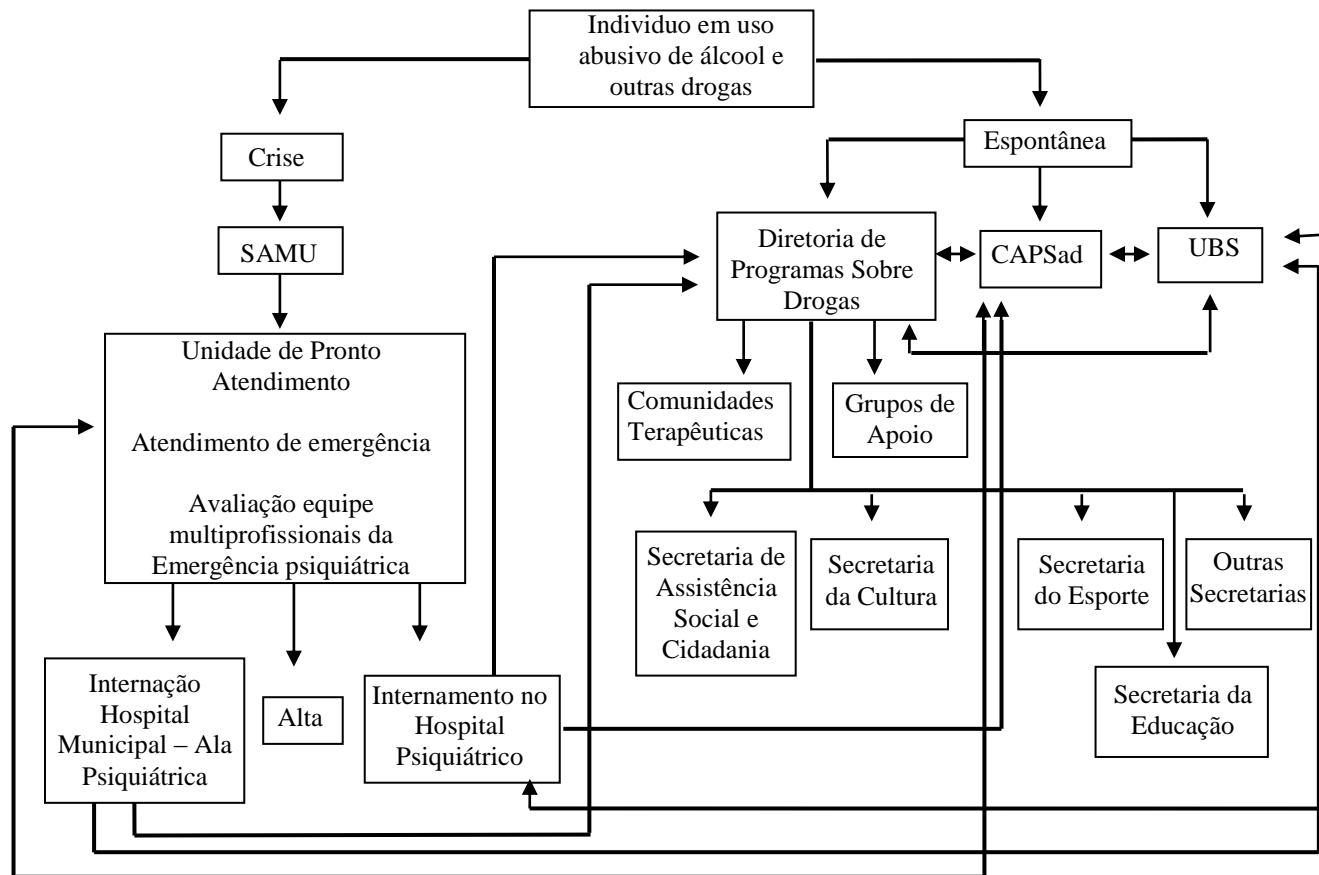


Figura 2 – Fluxograma de atendimento/encaminhamento de indivíduos em uso abusivo de álcool e outras drogas. Maringá-Paraná, 2011.  
 Fonte: Secretaria de Assistência Social e Cidadania-Diretoria de Programas Sobre Drogas.

No âmbito do sistema de saúde municipal, a Gerência da Atenção Básica vem direcionando esforços para o enfrentamento do abuso de álcool e outras drogas, por meio de realização de campanhas de desmistificação e mudança de paradigmas em Saúde Mental; sensibilização da comunidade e profissionais de saúde; assembleias de usuários de drogas e familiares realizadas no CASPad; implementação de ações de redução de danos, com o projeto Consultório de Rua; e viabilização de trocas de experiências e discussão integrada entre equipes de NASF e ESF. Todas essas atividades são desenvolvidas com financiamento oriundo de recursos do piso da atenção básica e de receitas do município (MARINGÁ, 2010c).

O Plano Municipal de Saúde 2010-2013 estabelece como metas para a consolidação da Atenção Integral em Saúde Mental no município de Maringá:

[...] garantia de acessibilidade e cuidado integral; ampliação e qualificação da equipe da atenção primária à saúde e serviços de referência; fortalecimento de ações de promoção da saúde e prevenção de fatores de risco; fortalecimentos de ações intersetoriais para prevenção e de assistência prestada ao usuário; fortalecimento das ações de saúde mental na atenção primária a saúde; garantir uma rede de atenção extra hospitalar efetiva; realizar ações estratégicas para a implantação da política de redução de danos; aceleração da desinstitucionalização de longa permanência com encaminhamento para Serviços Residenciais Terapêuticos (MARINGÁ, 2010b, p. 34).

Atualmente, nas UBS são desenvolvidas ações de psicoterapia individual e grupal, grupos informativos, consultas psicológicas e de psicodiagnóstico, orientação individual a pais, reuniões para estudo de casos com as equipes de Saúde da Família, do NASF e da rede especializada, visitas domiciliares e atividades na comunidade (MARINGÁ, 2010b, 2010c).

Com relação aos atendimentos em saúde mental, em 2009 os casos atendidos com maior frequência na UBS estudada foram: dependência de álcool e outras drogas, depressão, esquizofrenia e transtorno bipolar. Em relação aos transtornos mentais, foram 18 encaminhamentos para internações psiquiátricas, sendo 14 em hospital psiquiátrico, e quatro na Emergência Psiquiátrica do HMM, destas quatro por comorbidade com o abuso de álcool ou outras drogas.

A atenção a usuários de drogas de abuso deve ser operada em inter-ações, criando pontos de referência, acesso e acolhimento, adscrevendo a clientela e qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no uso do álcool e outras drogas. É a rede – de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não-governamentais em interação constante, com o núcleo específico de

ação, mas apoiando-se mutuamente,— que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, e cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida. A garantia do acesso aos serviços e à participação do consumidor em seu tratamento são princípios assumidos pelo SUS como direitos a serem garantidos (BRASIL, 2004).

Aos municípios compete, entre outras, as seguintes atribuições: garantir fontes de recursos, selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais do PSF; programar ações de Atenção Básica a partir de sua base territorial; garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos; acompanhar e avaliar o trabalho das equipes de Saúde da Família; alimentar a base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos no sistema; estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais e não-governamentais.

### **A Unidade Básica de Saúde: Organização da Atenção para a Integralidade do Cuidado**

A UBS em estudo, com aproximadamente oito anos de funcionamento, é classificada como unidade porte II, ou seja, unidade destinada a abrigar, no mínimo, três equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Possui a equipe de Saúde composta de quatro enfermeiros, oito auxiliares de enfermagem, quatro médicos, 15 ACS, um psicólogo, três odontólogos, quatro auxiliares de consultório dentário, um técnico de higiene dental; a equipe do NASF, composta por uma farmacêutica, uma nutricionista, uma educadora física e uma assistente social; e a equipe de Apoio, composta de dois auxiliares de serviços gerais, dois auxiliares administrativos, e quatro vigias.

São três equipes de Saúde da Família, com aproximadamente, 10.420 pessoas cadastradas e acompanhadas. Segundo o relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 1,15% são crianças menores de um ano, 18,17% são jovens de 10 a 19 anos, 7,27% são idosos. As mulheres de 15 a 59 perfazem 37,27% da população (3.876 mulheres), e a população de homens de 20 a 59 anos equivale a 28,88%, (3.004 homens) (BRASIL, 2009).

Avaliando a escolaridade/instrução formal da população cadastrada, 85,47% de sete a 14 anos estão na escola, e 96,21% da população com 15 anos e mais é alfabetizada. Com

relação à utilização de serviços de saúde, 89,95% da população é usuária exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009).

Em sua estrutura física, a UBS possui espaços para sete consultórios, incluindo um odontológico e dois consultórios de enfermagem; uma farmácia satélite; quatro salas de procedimentos - curativo, inalação, vacinação, e esterilização; uma sala para a Diretoria da Unidade, e áreas de apoio – recepção, expurgo, copa, sanitários para pacientes e funcionários. Todo o espaço físico da UBS está equipado para atender às pessoas com necessidades especiais, como cadeirantes e outros deficientes físicos.

De acordo com Mendonça (2003), estima-se a prevalência mundial de 600 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, seja ela física, mental ou sensorial (auditiva, visual), e pelo menos uma em cada dez pessoas que possuem uma dessas deficiências reside em lugares que não dispõem dos serviços necessários para superar suas limitações. Embora a legislação brasileira considere essas adequações como obrigatórias, o processo de inclusão não ocorre somente pelos aspectos legais, e a existência de condições adequadas para o acolhimento a esta população qualifica a atenção prestada na Unidade, ampliando o acesso, a equidade e a resolubilidade da atenção primária à saúde.

No entanto, durante a observação foi possível verificar que apesar da maioria dos espaços da Unidade possuírem condições adequadas de ambiência, a Recepção tem um número de assentos incompatível com a demanda. Foi verificada a presença de usuários aguardando atendimento em condições inadequadas, em pé ou sentados do lado de fora da Unidade.

A precariedade de áreas de acolhimento não é característica apenas do município estudado. Os ambientes destinados à prestação dos serviços de saúde de diferentes naturezas retratam, de certa forma, os diversos caminhos percorridos pela Saúde Pública no Brasil. A busca de atendimento para cura ainda predomina, principalmente por consulta médica, reforçando a arquitetura desses ambientes, marcada pela presença de consultórios médicos em detrimento de espaços para ações de promoção à saúde, prevenção e de acolhimento (BRASIL, 2004).

Ao lado da área principal da Unidade, está localizada a área física destinada às equipes de Saúde da Família e do NASF. Esta área possui uma sala, com espaço físico limitado, denominada “sala das equipes”, e um consultório multiprofissional, utilizado por nove profissionais para atendimento individualizado de pessoas inscritas em programas ou projetos desenvolvidos na Unidade, quando necessário.

Na “sala das equipes” acontecem as reuniões semanais da Saúde da Família, sempre as sextas feiras, e os momentos de capacitação. Neste ambiente, encontram-se ainda armazenados os itens de trabalho dos profissionais, equipamentos de informática com acesso a *internet*, materiais educativos e de campanhas, e fichas e prontuários das famílias cadastradas na ESF. Ou seja, este “pequeno” espaço é compartilhado por secretaria, guarda de prontuários de pacientes e arsenal.

Durante o tempo de permanência da Unidade, presenciou-se um momento de capacitação, onde os profissionais ficaram sentados no corredor devido à falta de espaço e/ou em pé pela falta de cadeiras, e apesar de possuir equipamentos de informática, observou-se que o número reduzido de máquinas (duas) diminuiu a eficiência do registro das atividades das equipes, principalmente no final do mês quando todos os agentes comunitários de saúde - ACS precisam confeccionar os relatórios de atividades.

A realização das atividades das equipes de Saúde da Família pressupõe um ambiente compatível com as atividades a serem ofertadas - espaços para reuniões de grupos, encontros com a comunidade, realização de atividades preventivas como vacinação, consultas médicas e de enfermagem. Pelas características do processo de trabalho das equipes do PSF, é necessária a projeção de espaços físicos compatíveis com as atividades que serão realizadas, e a construção ou ampliação desses espaços é um grande desafio para os gestores municipais, na implantação das equipes (BRASIL, 2004).

Também, a simples disponibilização dos profissionais de saúde nos espaços de prestação de serviços de saúde não possibilita a transformação que o SUS necessita para o atendimento do princípio da universalização. A capacitação desses é condição fundamental para a incorporação de tecnologias que possam subsidiar a transformação das práticas de saúde, porém não resta dúvida de que as questões relacionadas à área física contribuem para a melhoria da qualidade da atenção prestada (CAMPOS; REIS; GHERARDI-DONATO, 2010).

O deslocamento dos profissionais das ESF para realização de atividades externas programadas, principalmente visita domiciliar e contato com outros equipamentos sociais da área, é realizado com veículo disponibilizado mediante agendamento pela estrutura do nível central da Secretaria Municipal de Saúde. Nas situações observadas durante o período de sete dias, este recurso foi utilizado em 10 visitas domiciliares, que contaram com a presença do médico e/ou enfermeira, e não foi verificado problemas na sua utilização. As equipes não fizeram nenhuma queixa sobre o agendamento de veículos para atividades extra muros e na comunidade.

Os atendimentos na UBS estão organizados para o ciclo de vital, e são orientados pelo modelo tradicional, com três especialidades básicas: clínica médica, pediatria e ginecologia – obstetrícia, e encaminhamentos para especialidades clínicas quando necessário.

A UBS possui três equipes de Saúde da Família – três médicos, três enfermeiras, três auxiliares de enfermagem e 15 ACS; uma equipe do Núcleo de Saúde da Família – NASF, constituída por um psicólogo, uma farmacêutica, uma nutricionista, uma educadora física e uma assistente social, compreendendo 29 profissionais. No momento da realização da pesquisa, um enfermeiro e um ACS estavam em licença saúde e os cargos de psicólogo na equipe do NASF e de um ACS na equipe de Saúde da Família não estavam ocupados, restando 25 profissionais atuantes na Unidade.

O quadro de recursos humanos incompleto prejudica o desempenho global da equipe, pois impede um atendimento de forma integral.

*“Eu vou sozinha na casa, mas se tivesse a psicóloga que veria alguma coisa e poderia mexer nisso, poderia ajudar aquela pessoa (usuário de drogas)” (ACS - 9).*

Uma das equipes de Saúde da Família da unidade analisada possui micro área com famílias não acompanhadas, devido à falta do ACS. Entretanto, apesar da boa intenção dos demais ACS para acompanhar as famílias destas áreas, acontece sobrecarga de atividades e conseqüente diminuição da qualidade da atenção ofertada.

A gestão da força de trabalho em saúde é um tema central, mas difícil: central, pelo papel fundamental que a força de trabalho desempenha na produção e utilização dos serviços; difícil, porque não se trata de uma ciência exata e os resultados são dependentes de vários fatores.

É a adequação de profissionais da saúde que define os serviços que serão consumidos, como serão consumidos, e em que quantidade e o impacto das ações sobre o estado de saúde das pessoas. O sucesso das ações de saúde depende do processo de trabalho - de definições sobre a quantidade e distribuição, a combinação de competências, a capacitação e as condições de trabalho dos profissionais da saúde (BRASIL, 2006).

### **Ações de Enfrentamento ao Consumo de Drogas de Abuso na área de Abrangência**

As ações de enfrentamento do abuso de álcool e outras drogas, configuradas no processo de trabalho dos profissionais de saúde da UBS, foram avaliados nos aspectos da qualidade da atenção ao usuário e sua família, e dos êxitos e desafios das ações.



Essas ações foram implementadas, principalmente após a implantação da ESF na Unidade, com os esforços das equipes em resgatar o usuário de drogas do ponto de vista da saúde.

*“O êxito foi o programa de Saúde da Família [...] para busca dessas pessoas [...]” (Enfermeira – 1).*

*“[...] mas antes não era tão falado, agora estão colocando para eles (familiares), olha você podem isso ou podem isso, tanto para a família quanto para o usuário [...]” (ACS – 9).*

*“[...] muita cobrança em relação ao trabalho com esses usuários, a gente vê a preocupação que vem de cima (gestores)” (NASF- 1).*

A UBS apresenta uma boa acessibilidade geográfica, devido à sua localização central em relação à sua área de abrangência, com acesso fácil ao transporte urbano e vias pavimentadas ao entorno da Unidade. Contudo, é no deslocamento das famílias e usuários entre a residência e outros serviços extra hospitalares e serviços de reabilitação/tratamento que estão os maiores obstáculos, segundo os profissionais, pois a distância da comunidade e a falta de recursos financeiros para o transporte impedem o acesso dos usuários a esses serviços.

*“[...] muitas vezes o paciente precisa se locomover até lá (CAPS), e não tem recursos nem para pagar uma passagem de ônibus” (NASF - 2).*

*“[...] ai bate locomoção, horário, coisinhas assim que complicam [...]” (ACS - 9).*

*“[...] e mesmo lá (residência terapêutica) os pacientes tem dificuldade, porque a distância entre sair do bairro aqui e ir lá.” (ACS - 3).*

Garantido o contato com o indivíduo usuário de drogas e a sua aceitação em frequentar os dispositivos da Rede de Atenção em Saúde Mental, a continuidade e acessibilidade deveriam ser fatores intrínsecos, pois do contrário, não há sucesso na reabilitação/tratamento e reinserção social. *“Deveria ter mais CAPS, ou equipe apropriada, alguma coisa assim, principalmente em bairros humildes” (Auxiliar de Enfermagem-3);* ou um *“CAPS em cada região, em cada bairro, até para facilitar para a pessoa [...]” (NASF - 3).*

O documento *A Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* ressalta a necessidade de desenvolver ações de atenção integral ao uso de álcool e drogas de forma diferenciada nas cidades, devido à constatação que, nas periferias, locais de concentração dos denominados "cinturões de pobreza". Há subsistemas

sociais que incluem grupos organizados (de drogas, crime, gangues), além de ausência de fatores de proteção à comunidade que direta e/ou indiretamente possam contribuir para a diminuição da vulnerabilidade da população (BRASIL, 2004).

Uma barreira organizacional que geralmente dificulta o acesso da população ao serviço de saúde é o rígido modelo de disponibilização de atendimentos, com restrição de horários e/ou dias por especialidade clínica, patologias ou grupos populacionais específicos (ELIAS et al., 2008). Os profissionais da unidade em estudo informaram garantir um atendimento flexibilizado que contemple os interesses e necessidades dos usuários. Segundo eles, quando conseguem estabelecer contato com indivíduos usuários de drogas de abuso, tentam convencê-los a tomar vacinas, comparecer às consultas médicas, realizar exame colpocitológico ou teste rápido para detecção de HIV, como estratégias de acolhimento e vínculo.

Considerando que as UBS devem ser o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde (STARFIELD, 2002), os profissionais de saúde devem utilizar estratégias para acolher o indivíduo em uso/abuso de drogas dentro da unidade de saúde, e promover um atendimento individualizado, que respeite a sua autonomia, e sua inserção sócio cultural, de tal modo que consiga estabelecer a vinculação ao serviço e garanta o retorno deste indivíduo ao serviço quando da necessidade de novo atendimento.

Para ações frente ao uso de drogas, a demanda atendida na unidade é espontânea, encaminhada por familiares. Segundo os profissionais, o “uso de drogas” raramente é o motivo principal da procura por atendimento em saúde, geralmente este ocorre devido aos efeitos secundários ao uso de drogas de abuso, como problemas respiratórios, gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis, violência.

Durante o período de permanência na Unidade, observou-se que este serviço é a principal porta de entrada utilizada pela população local, exceto nos casos de urgência, quando é utilizado o SAMU como primeiro recurso de atenção e principal meio de deslocamento para o acesso aos serviços de atenção às urgências.

Entretanto, as principais portas de entrada pelos usuários de drogas quando o “uso de drogas” é o motivo da procura ao serviço de saúde, é a emergência psiquiátrica do HMM, em casos de crise, ou outro serviço de emergência devido a alguma intercorrência clínica relativa ao uso. A UBS quando solicitada, apenas encaminha o paciente para estes serviços.

*“A unidade esta acostumada a referenciar direto para o CAPS, agora ter um acompanhamento, como tem para outros pacientes não tem” (Enfermeira - 1).*

De acordo com os profissionais investigados, o tipo de droga utilizada pelo indivíduo influencia no sucesso ou não na abordagem. As pessoas em uso de álcool são as mais resistentes em aceitar qualquer tipo de atendimento em saúde, pois não assumem o vício e não se consideram dependentes.

*“[...] é mais fácil você tratar de um usuário de drogas do que o de álcool, eu acho mais fácil, o de droga muitas vezes eles querem tratamento” (Auxiliar de Enfermagem - 3).*

Estudo realizado com jovens que utilizavam drogas e com suas famílias no município de Maringá - Paraná constatou que, embora os serviços de saúde tenham impacto limitado na prevenção do uso de drogas de abuso, as famílias estudadas eram consideradas de alto risco epidemiológico no território em que habitavam. Porém, nenhuma delas referiu vínculo com serviços ou equipes de Saúde. A presença da equipe de Saúde da Família e do agente comunitário de saúde não foi percebida e citada em nenhum dos domicílios (BALLANI; OLIVEIRA, 2007).

A identificação dos casos de abuso de drogas por meio de comunicação direta pelos vizinhos ou durante as visitas domiciliares (VD) constitui passo fundamental para o acolhimento desses indivíduos, entretanto, o constante contato dos profissionais com o território e conseqüentemente, a intimidação para abordar um usuário de drogas “do bairro” pode ser um fator inibidor. O profissional de saúde que ali atua, é ator, agente e receptor dessas ações, visto que também pertence à comunidade, principalmente no caso dos agentes comunitários de saúde (BARROS; PILLON, 2007).

Durante a observação, foi possível verificar a presença diária de indivíduos que fazem uso de drogas de abuso transitando pela UBS, muitas vezes reconhecidos pelos profissionais de saúde. Frequentavam o serviço para obter atendimento em saúde, conversar com algum profissional, ter acesso a preservativo ou, simplesmente, permaneciam no local para “conversar” com pessoas da comunidade, utilizando a Unidade como lazer.

*“[...] eles (usuários de drogas) ficam na rua o dia inteiro, são muito aleatórios, falantes, a gente conversa bastante, eu particularmente me dou muito bem com eles” (ACS - 6).*

De forma geral, a atenção à demanda espontânea na APS deveria ser baseada no acolhimento e na escuta qualificada à população, de forma a garantir um atendimento humanizado, a resolutividade dos serviços e a promoção da saúde da população. Para a população específica em estudo, com maior probabilidade de exclusão, existe necessidade de

potencializar a prevenção institucional, contrária à culpabilização dos sujeitos, oferecendo de fato, subsídios para o enfrentamento da vulnerabilidade das e, especialmente, de populações mais vulneráveis (BRASIL, 2004).

O vínculo ou longitudinalidade diz respeito à utilização regular do estabelecimento de saúde pela população e o foco da equipe na população adstrita (STARFIELD, 2002). Os profissionais da ESF, principalmente os ACS, conhecem os usuários de drogas de abuso do território que estão sendo atendidos por serviços de referência em Saúde Mental, e, segundo eles, procuram manter um acompanhamento por meio de VD ou agendamento de consultas na unidade. No entanto, este procedimento não foi observado durante o período de permanência para observação da Unidade.

A Redução de Danos da infecção pelo HIV/Aids, enquanto estratégia de Saúde Pública que favorece uma maior integração entre usuário e serviço, permitindo a redução de agravos secundários, se materializa na Unidade por meio de distribuição de preservativos. Esses preservativos ficam disponíveis à população ao lado da farmácia satélite, em uma urna, sendo acessada livremente. Indicar o paradigma da redução de danos é um objetivo imprescindível nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada, mas o acesso aos meios de redução de danos deve servir como observatório dos problemas de saúde das comunidades e de oportunidade de acolhimento e vínculo (BRASIL, 2004).

Quanto às ações sistematizadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, os profissionais de saúde desenvolvem três projetos de prevenção do consumo de drogas de abuso na comunidade, voltados à demanda programada. O Grupo de Tabagismo é uma iniciativa considerada com resultados animadores, pelo número cada vez maior de pessoas que comparecem às atividades grupais e abandonam o tabaco, mas no Grupo de Jovens, que procura trabalhar questões que permeiam o consumo de drogas, acesso à direitos e fortalecimento do protagonismo, e no Grupo de Orientação, para detecção e intervenção precoce para uso abusivo de álcool, a adesão é baixa.

A APS é o espaço definido pelo SUS para atividades de prevenção, promoção e proteção à saúde, pelo atendimento a um número maior de pessoas e pela oportunidade de intervir antes que o padrão do uso de drogas provoque danos à saúde do pacientes. Ademais, o ambiente da atenção primária é ideal para o monitoramento e repetição da intervenção, se necessário (MINTO et al., 2007).

Observou-se que as equipes de Saúde da Família, apesar de contarem com o apoio matricial do NASF, ainda enfrentam muitas dificuldades em desenvolver ações em Saúde

Mental, principalmente com relação ao abuso de drogas. Atendem diversas demandas da comunidade, e um tema tão complexo e multidimensional quanto o abuso de drogas, exige dos profissionais uma dedicação que a rotina do serviço não disponibiliza.

*“[...] além de trabalhar álcool e droga, a gente trabalha hipertensão, diabetes, criança, gestante, trabalha tudo, a gente não tem tempo de sentar e planejar” (Enfermeira - 2).*

*“[...] nós atendemos diversos tipos de grupo e o tempo é insuficiente para atender mais um grupo específico, ainda mais complicado, que é o usuário de drogas” (Médico - 2).*

*“[...] é preciso mais tempo para as equipes estar se dedicando, e nós não temos tempo para essas coisas” (ACS - 9).*

O sucesso das ações de enfrentamento do uso de drogas de abuso depende da estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários (BRASIL, 2004).

Verificou-se que os serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental ainda não estão integralmente articulados aos serviços de atendimento de atenção primária a saúde, pois as equipes carecem de informações e contra referência dos pacientes encaminhados a outros níveis de atenção. Segundo os profissionais, apenas a Unidade de Emergência Psiquiátrica do HMM comunica a alta do paciente à equipe de ESF para continuidade do acompanhamento do paciente.

*“[...] falta um pouco de integração, o contato com a rede especializada é muito difícil, mas principalmente a contra referência é muito complicada” (Médico - 1).*

*“[...] a gente só encaminha, não tem mais contato, só se eles forem internados, aí tem a carta de contra-referência” (ACS - 5).*

A busca de parcerias intersetoriais na comunidade local, para o desenvolvimento de ações direcionadas ao enfrentamento do abuso de álcool e outras drogas é um recurso pouco utilizado pelas equipes. Quando ocorre, se materializam por meio de atividades esporádicas, como palestras, reuniões e atividades recreativas em data comemorativas, em articulação com o setores de Educação e Assistência Social.

O enfrentamento da questão do uso de álcool e outras drogas, por tratar-se de um tema transversal a outras áreas da Saúde, da Justiça, da Educação, Assistência Social e

Desenvolvimento, requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral ao usuário e sua família (BRASIL, 2004).

Porém, os profissionais compreendem a importância desta convergência de setores para o sucesso das ações desenvolvidas na comunidade.

*“[...] eu não acho que seja só um problema da área de Saúde Mental e **drogadição** [...] isso adoece a família inteira [...]” (ACS - 3).*

*“É uma questão social, não depende só da gente. É uma questão que envolve escola, igreja [...]” (ACS - 1).*

Outro fator estruturante para a atenção integral à usuários de drogas de abuso é a articulação com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias como instrumentos fundamentais de defesa e promoção de direitos, a medida que contribuem para a ampliação da cobertura das ações dirigidas a populações de difícil acesso, como no caso dos usuários de drogas de abuso (BRASIL, 2004). Segundo os profissionais, a Unidade promove rotineiramente a reunião do Conselho Local de Saúde, do qual fazem parte moradores usuários do serviço de saúde, representantes de instituições da localidade e profissionais de saúde da Unidade.

Também, de acordo com Minayo (2003), não existe possibilidade de se realizar uma intervenção de prevenção, tratamento e reinserção social, sem a participação da família. No grupo estudado, a participação da família é compreendida de forma diferente pelos profissionais: alguns a vêem como indiferente frente ao uso de drogas, outros como coadjuvante no processo do cuidado ao usuário de drogas de abuso.

*“[...] o cuidador expulsa, fala qualquer coisa para ele se sentir desvalorizado e ai eles voltam para as drogas [...]” (ACS - 7).*

*“[...] a gente trabalha com os familiares, porque são os familiares que buscam ajuda [...]” (Enfermeira - 3).*

*“[...] muitas vezes a família não quer demonstrar, não trata como doença [...]” (NASF - 2)*

*“[...] a família ta cansada, ela quer um lugar que coloca a pessoa e ele se recupere, porque ela não sabe mais o que fazer” (ACS - 9).*

São considerados fatores de proteção ao uso de drogas, e devem ser trabalhados com as famílias, a existência de vinculação familiar, com o desenvolvimento de valores e o

compartilhamento de tarefas no lar, bem como a troca de informações entre os membros da família sobre as suas rotinas e práticas diárias; o cultivo de valores familiares, regras e rotinas domésticas deve ser viabilizado pela intensificação do contato entre os componentes de cada núcleo familiar (BRASIL, 2004).

Também, a falta de orientações claras sobre o papel da APS no enfrentamento do abuso de álcool e outras drogas faz perpetuar entre os profissionais de saúde uma visão errônea e reducionista sobre o problema.

*“O tratamento via ambulatorial é muito difícil, quase impossível você tirar um drogado, um alcoólatra do vício, tem que ser em sistema fechado mesmo, e tirar o ciclo de amizade” (Médico - 3).*

Três profissionais, no entanto, ressaltaram a necessidade de buscar novas estratégias de enfrentamento do abuso de drogas, assumindo que o sucesso do contato com usuário e da adesão ao tratamento depende de boas técnicas de abordagem

*“[...] teria que organizar uma estratégia para melhorar nossa abordagem, para poder trabalhar na unidade e não ficar tão preso ao CAPS” (Enfermeira - 1).*

*“[...] falta alguma coisa assim, não sei se é criatividade, algo que atrai (o usuário de drogas), para eles participarem” (ACS - 8).*

Os fatos acima ratificam a necessidade de capacitação e formação, em uma perspectiva multiprofissional, uma vez que, estrategicamente, a Unidade e as equipes de Saúde da Família possuem a atribuição de multiplicar conhecimentos para a comunidade de suas áreas (BRASIL, 2004).

Uma das propostas que se vislumbra como geradora de conhecimento e informação é a interação sistemática entre universidades, centros de pesquisa e os serviços de saúde, na constituição de tecnologia aplicada aos problemas derivados do uso de drogas (BRASIL, 2004).

Na área de abrangência da UBS são desenvolvidos os projetos PET (Programa de Educação pelo Trabalho) Saúde Mental - Crack, Álcool e outras Drogas, e Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) da Universidade Estadual de Maringá, articulação considerada como uma “vitória para o serviço” pelos profissionais de saúde.

“[...] agora a gente tem o PET de Saúde Mental, então a gente tá trabalhando mais com isso [...]” (Enfermeira - 1).

“[...] a gente procura estar melhorando, fazendo pesquisa, como o trabalho junto com as faculdades” (Auxiliar de Enfermagem - 2).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurando fazer uma leitura compreensiva da realidade analisada frente às diretrizes do Documento *A Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, os resultados da observação e da entrevista com os protagonistas do cuidado revelaram que vários elementos não foram considerados satisfatórios.

Porém, visando melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, principalmente aqueles relacionados ao enfrentamento do consumo de drogas de abuso, percebe-se o esforço dos profissionais de saúde em fornecer informações que possibilitem a maior utilização dos serviços disponíveis, transmitidas aos usuários tanto na forma verbal ou, por meio de cartazes afixados na recepção da Unidade.

Verificou-se que a implantação da Estratégia de Saúde da Família possibilitou o incremento de ações direcionadas aos usuários de drogas, até então delegadas aos serviços substitutivos da Rede de Atenção em Saúde Mental. Porém, a ampliação do acolhimento e o cuidado inicial ao usuário de drogas dentro da rede básica não foi acompanhada da acessibilidade a outros níveis de atendimento, que tem grande influência das barreiras geográficas e financeiras.

A elaboração de projetos voltados para a melhoria da acessibilidade no âmbito municipal reduziria a baixa adesão dos pacientes na condução das ações de tratamento e reinserção social.

A análise do contexto externo, evidenciou que o município vem empregando esforços para consolidar a atenção primária à saúde como um campo de ações também direcionadas ao enfrentamento do uso de álcool e outras drogas, com implantação de projetos e programas inovadores - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II – CAPS ad II, e o Centro de Atenção Psicossocial infantil – CAPSi; residências terapêuticas; e o projeto Consultório de Rua.

Porém, no contexto organizacional, evidenciou-se a necessidade de fortalecimento do trabalho em rede na atenção em saúde, incremento das ações intersetoriais e a determinação operacional do papel dos profissionais da atenção primária na rede de atenção em Saúde



Mental, melhorando as ações nos aspectos da Organização da Atenção para a Integralidade do Cuidado.

Os itens facilitadores apontados pelos profissionais foram o incentivo a capacitação dos profissionais e o (re)conhecimento do papel da UBS pela população; e as dificuldades são a limitação de infraestrutura e de recursos humanos, a falta de instrumentalização para planejamento e para a prática profissional nos cursos de capacitação, e a dificuldade de contato para a abordagem dos usuários, principalmente em uso abusivo de álcool.

A presente investigação revelou que as ações de enfrentamento do uso de drogas de abuso pelas equipes da Unidade em estudo é desenvolvida parcialmente em conformidade com as diretrizes avaliadas. Porém, sendo um relato de caso, que descreve o atendimento prestado à população da área de abrangência de uma unidade, o estudo tem limitações, e seus resultados não podem ser generalizados, pois cada contexto possui suas particularidades e características únicas.

Os resultados apontam a necessidade de estudos ampliados, que possam subsidiar o aperfeiçoamento da atenção à Saúde Mental no sistema local de saúde, e que possam analisar, entre outros aspectos, o papel dos diferentes equipamentos de saúde que compõem a rede de saúde, aperfeiçoando a atenção à Saúde Mental em Maringá - Paraná.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p.1727-1742, ago. 2008.

BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 488-494, jul./set. 2007.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 261-266, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: CN-DST/AIDS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006. Série Pactos pela Saúde, v. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.226**, de 18 de setembro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/fafweb>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

CAMPOS, D. A.; REIS, L. N.; GHERARDI-DONATO, E. C. S. Da formação a prática profissional no PSF: o nó do trabalho multiprofissional. **Revista Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 70-74, 2010.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C.; SILVA, A. A. B.; NOTO, A. R.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A.; MOURA, Y. G.; SANCHEZ, Z. V. D. M. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo: Cebrid: Unifesp, 2006.

CAVALCANTI, M. M. A. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: uma abordagem conceitual**. Disponível em: <<http://interfacesdesaberes.fafica.com/seer/ojs/include/getdoc.php?id=34&article=24&mode=pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implementação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009.

DONABEDIAN, A. Criteria norms and standards of quality: what do they mean? **American Journal of Public Health**, Boston, v. 71, no. 4, p. 409-412, Apr. 1981.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2008.

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação da efetividade da Atenção Básica a Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 159-172, 2008. Suplemento 1.

GALDURÓZ, J. C. F. Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recente. In: \_\_\_\_\_. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 4. ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD, 2011. p. 56-72.

GONÇALVES, A. M. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: um desafio da prática do programa saúde da família**. 209 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 1 jul. 2010.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Lei n. 5375/2001. **Institui no município de Maringá o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD)**. 2001. Disponível em: <[http://sapl.cmm.pr.gov.br:8080/sapl\\_documentos/norma\\_juridica/7025\\_texto\\_integral](http://sapl.cmm.pr.gov.br:8080/sapl_documentos/norma_juridica/7025_texto_integral)>. Acesso em: 23 jul. 2010.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Diretoria de Programas sobre Drogas. **Relatório circunstanciado sobre ações de prevenção e tratamento do uso de drogas na cidade de Maringá**. Maringá, 2010a.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde de Maringá. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Maringá, 2010b.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Maringá, 2010c.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. **Diagnóstico Social de Maringá**. Maringá, 2011a. Disponível em: <<http://www.kairos.srv.br/maringa>>. Acesso em: 10 out. 2011.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Planilha de metas e indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde: prioridades e objetivos**. Maringá, 2011b.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Diretoria de Programas sobre Drogas. **Relação de providências tomadas referentes às propostas aprovadas na III e IV Conferência Municipal Sobre Drogas**. Maringá, 2011c. Ofício. 022/2011.

MENDONÇA, R. C. T. **Da inserção das pessoas portadoras de deficiência no mercado de trabalho**. 2003. Disponível em: <[http://www.vemconcursos.com/opiniao/index.phtml?page\\_id=1284](http://www.vemconcursos.com/opiniao/index.phtml?page_id=1284)>. Acesso em: 5 jul. 2010.

MINAYO, Cecília. Sobre a toxicomania da sociedade. In: BAPTISTA, Marcos et al. (Org.). **Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito**. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2003. p. 13-32.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 2008.

MINTO, E. C. et al. Intervenção breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiologia Serviço Saúde**, Brasília, DF, v. 16, n. 3, p. 201-220, jul./set. 2007.

PINI, J. S. **Saúde mental na atenção básica: atuação das equipes na estratégia saúde da família**. 2009. 103 f. Dissertação (Mestrado)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet- Brasil**, São Paulo, p. 61-74. 2011.

SCOCHI, M. J. (Coord.). **Estudo de Linha de Base em 20 Municípios da Região Sul na Implantação do Proesf**: avaliando a atenção básica. Maringá: EdUEM, 2007.

SOUZA, L. G. S.; MENANDRO, M. C. S. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. **Physis** [online], [S.l.], v. 21, n. 2, 2011.

SPRICIGO, J. S.; CARRARO, T. E.; CARTANA, M. H. F.; REIBNITZ, K. S. Atenção ao usuário de drogas: um espaço para o enfermeiro. **Rev Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis/SC, v. 13, p. 296-302, 2004.

STAMM, M.; BRESSAN, L. Consumo de Álcool Entre Estudantes do Curso de Enfermagem de um Município do Oeste Catarinense. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 319 – 324, jul./set. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drugs Report 2010**.

Disponível em :

<[http://www.unodc.org/documents/frontpage/UNODC\\_Annual\\_Report\\_2010\\_LowRes.pdf](http://www.unodc.org/documents/frontpage/UNODC_Annual_Report_2010_LowRes.pdf)>.

Acesso em: 25 jun. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ten recommendations for action**. Genebra, 2002.

WRIGHT, M. G. M. La contribucion de la enfermeria frente al fenomeno de las drogas y la violencia en america latina: un proceso de construccion. **Ciencia y Enfermeria**, [online], Concepcion, 2002, v. 8, n. 2, p. 9-19, 2002. Disponível em::

<[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532002000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200002&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 2 nov. 2011.

YIN, R. K. Discovering the future of the case study method in evaluation research. **Evaluation Practice**, London, v.15, no. 3, p. 283-290, 1994.

## 6 ARTIGO 3

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DO CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: ESTUDO DE CASO\***

SETTLEMENT OF ACTIONS FOR FIGHTING THE USE OF DRUGS OF ABUSE AT THE PRIMARY HEALTH CARE: CASE STUDY

IMPLANTACIÓN DE ACCIONES PARA ENFRENTAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD: ESTUDIO DE CASO

Jessica Adrielle Teixeira Santos\*\*  
Magda Lúcia Félix de Oliveira\*\*\*

**Resumo**

O estudo objetivou avaliar a implantação de diretrizes para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas na Atenção Primária à Saúde, por meio de pesquisa avaliativa, de estudo de caso único, no município Maringá-Paraná. Os sujeitos foram 3 gestores municipais e 16 profissionais de equipes de Saúde da Família e de Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. As diretrizes Intersetorialidade, Prevenção de Agravos, e Promoção e Proteção à Saúde do documento *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* foram eleitas como padrão avaliativo. Como julgamento, preconizou-se que a proporção de respostas concordantes com as diretrizes do documento corresponderia ao grau de implantação - ação implantada (>80%), implantação insatisfatória (40% a 79,9%) e implantação crítica (< 39,9%). A maioria dos profissionais era do sexo feminino, com idades entre 30 e 49 anos, e tempo no cargo/função inferior a cinco anos. O grau de implantação global das diretrizes foi insatisfatório (66,9%), no entanto para os gestores (91,6%) e profissionais do NASF (80,5%) o grau de implantação foi considerado aceitável.

**Palavras-chave:** Avaliação. Políticas Públicas de Saúde. Drogas de Abuso. Atenção Primária a Saúde.

**Abstract**

This study aimed at evaluating the settlement of guidelines for integral attention to the users of alcohol and other drugs at the Primary Health Care. It is a single case study, carried out by means of evaluation research, in Maringa, Brazil. The subjects were three city managers and 16 professionals from the Family Health Care Program and Family Health Support Nucleus. Intersectoral characteristics, disease prevention and health promotion and protection, guidelines found in the document *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, were the guidelines chosen for evaluation standards. For judging, it was decided that the proportion of the responses in agreement with the document's

\* Produto da Dissertação de Mestrado de título: "Avaliação da implantação da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas: um estudo de caso", subsidiado pela Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná - Fundação Araucária.

\*\* Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Paraná, Brasil.

\*\*\* Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Paraná, Brasil

guidelines would correspond to the level of settlement – action settled (>80%), unsatisfying settlement (40% to 79.9%) and critical settlement (< 39.9%). Most professionals were female, aged between 30 and 49 years, having worked at the position for less than five years. The guidelines global settlement level was unsatisfying (66.9%); however, for the managers and for the Family Health Support Nucleus professionals, the settlement level was considered satisfying – 91.6% and 80.5% respectively.

**Keywords:** Evaluation. Health Public Policies. Drugs of Abuse. Primary Health Care.

### Resumen

El estudio tuvo el objetivo de evaluar la implantación de directrices para atención integral a usuarios de alcohol y otras drogas en la Atención Primaria a la Salud, por medio de investigación evaluativa, de estudio de caso único, en el municipio de Maringá-Paraná. Los sujetos fueron 3 gestores municipales y 16 profesionales de equipos de Salud de la Familia y de Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia - NASF. Las directrices Intersectorialidad, Prevención de Agravios, y Promoción y Protección a la Salud del documento *La Política del Ministerio de la Salud para Atención Integral a Usuarios de Alcohol y Otras Drogas* fueron elegidas como estándar evaluativo. Como juicio, se preconizó que la proporción de respuestas concordantes con las directrices del documento correspondería al grado de implantación - acción implantada (>80%), implantación insatisfactoria (40% a 79,9%) e implantación crítica (< 39,9%). La mayoría de los profesionales era del sexo femenino, con edades entre 30 y 49 años, y tiempo en el puesto/función inferior a cinco años. El grado de implantación global de las directrices fue insatisfactorio (66,9%), no obstante para los gestores (91,6%) y profesionales de NASF (80,5%) el grado de implantación fue considerado aceptable.

**Palabras clave:** Evaluación. Políticas Públicas de Salud. Drogas de Abuso. Atención Primaria a la Salud.

## INTRODUÇÃO

O uso de drogas de abuso configura-se atualmente como um problema de saúde pública global, e temas de grande preocupação social. Resultados de diferentes pesquisas identificam o aumento do consumo de drogas de abuso para fins recreativos, a redução da idade de iniciação e a facilidade de obtenção das drogas, devido a diferentes formas de produção e preços mais acessíveis (BUCHELE; COELHO; LINDNER, 2009; MORAES, 2005; SPRICIGO et al., 2004).

Cerca de 200 milhões de pessoas – quase 5% da população mundial entre 15 e 64 anos – usam drogas ilícitas pelo menos uma vez por ano (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2010). De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas em indivíduos de 12 a 65 anos nas 108 maiores cidades brasileiras, 22,8% dos entrevistados declararam ter usado algum tipo de droga no ano, o que corresponde a uma população acima de 10 mil pessoas e, um aumento de 3,4%, desde o I Levantamento Domiciliar, realizado em 2001 (CARLINI et al., 2006; GALDURÓZ, 2011).

Diante do padrão contemporâneo de consumo de drogas de abuso no Brasil, a intervenção do Ministério da Saúde, se concretizou mediante a formulação e implementação de portarias e resoluções normativas, incluindo o documento *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral A Usuários de Álcool e Outras Drogas*, diretriz principal da Saúde Pública, divulgado em 2004 (BRASIL, 2004a).

Essa política é convergente com os princípios e orientações do Sistema Único de Saúde - SUS, buscando a universalidade do acesso, integralidade das ações, equidade e direito à assistência a saúde aos usuários. Para a consecução de tais objetivos, está organizada a partir do estabelecimento de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, de forma integral e intersetorial. Integram esta rede os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Ambulatórios, Centros de Convivência e Cultura, Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais, Serviços Hospitalares de Referência para usuários de Álcool e Outras Drogas (SHRad) e as ações na Atenção Primária à Saúde/unidades básicas de saúde (BRASIL, 2004a).

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

Nesta perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS), atualmente desenvolvida por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e considerada a “porta de entrada” do SUS, é o local que deveria assumir, gradativamente, a posição de coordenador da assistência aos usuários de álcool e outras drogas (BARROS; PILLON, 2006).

A ESF reúne condições que possibilitam a superação dos problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas graças às suas características básicas: ser um programa em articulação com a APS, que elege a família como unidade programática de atenção, atuar em uma base territorial definida e desenvolver um trabalho com a comunidade (GONÇALVES, 2002).

Neste contexto, quando se fala em uso de drogas de abuso é preciso correlacionar à droga, o indivíduo e o meio em que ele vive, discutindo os fatores sociais que levam os indivíduos à utilização de substâncias psicoativas. Desta forma, fomentar a discussão da problemática do enfrentamento do consumo de álcool e outras drogas no contexto da APS/ESF é uma atitude necessária, pois o maior potencial dessa proposta de intervenção está

no envolvimento das práticas assistenciais de seus agentes com a comunidade (BARROS; PILLON, 2007; RABELO et al., 2007).

As práticas da APS, apesar de seu instrumental aparentemente mais simples, são complexas ao nível das “tecnologias humanas”, pois envolvem sujeitos e objetos de natureza diferentes, tais como trabalhadores de saúde, organização e gerenciamento da oferta da atenção, população adstrita e atendida, situando a avaliação como necessidade operacional para manutenção da qualidade e também como um desafio, devido à complexidade de seus processos (FACCHINI et al., 2008; SOUZA; MENANDRO, 2011)

Para Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação em saúde consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.

Assim, o presente estudo objetivou avaliar a implantação das diretrizes do Documento *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* na Atenção Primária à Saúde.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, desenvolvida por meio de um estudo de caso único, no município Maringá-Paraná, cuja abordagem metodológica incorpora a avaliação da implantação de uma política pública voltada à atenção integral a usuários de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde.

O estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto. Esta estratégia é utilizada quando se torna difícil diferenciar os efeitos produzidos por uma intervenção dos que podem ser atribuídos às características do meio da implantação (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; YIN, 1994).

Os estudos de avaliação da implantação são entendidos como a fase de execução de serviços para o cumprimento de objetivos e metas preestabelecidos, tendo em vista obter os resultados pretendidos. A compreensão das diversas injunções de natureza técnica, ética ou política, relacionada ao sucesso ou resistência organizacional se torna indispensáveis de serem mensuradas e analisadas no momento de se explicar – o porquê e o como – do sucesso/insucesso das ações desenvolvidas (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; SILVA, 2008).



Como padrão para orientar o processo avaliativo elegeu-se as diretrizes do documento *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral à Usuários de Álcool e Outras Drogas - Intersetorialidade e Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas*. Esta última, constituída pelas atividades de Promoção e Proteção à saúde e de Prevenção de Agravos (BRASIL, 2004a).

A partir do padrão estabelecido elaborou-se graficamente o modelo lógico de avaliação (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005), pautado na construção de “eventos teoricamente previstos”, que serviram como critérios para comparação dos eventos realizados e baseou-se na apresentação dos critérios avaliativos de forma sistematizada (Figura 1).

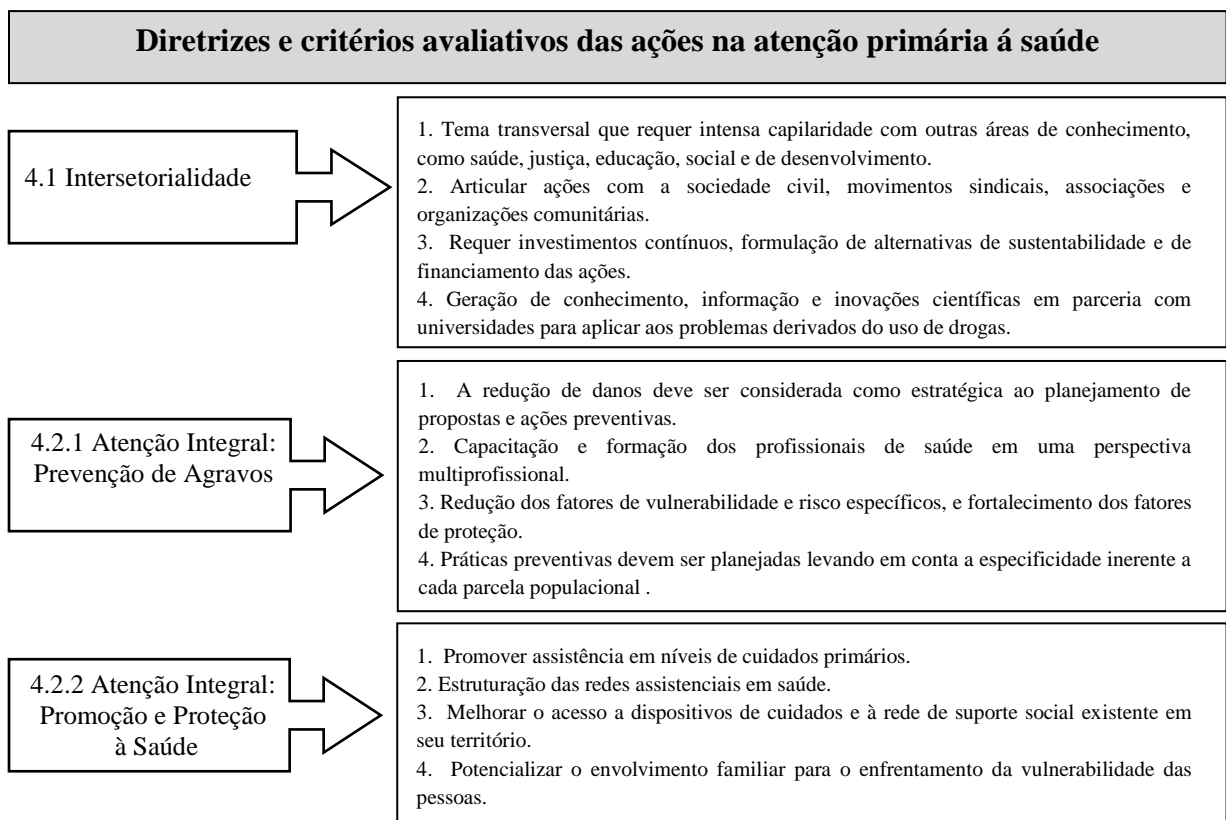


Figura 1 – Modelo lógico para avaliação.

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

Para realização do estudo elegeu-se como usuários potenciais das diretrizes avaliadas, gestores municipais e profissionais de saúde da unidade em análise, atuantes no sistema municipal de saúde e de assistência social em 2011, abaixo discriminados:

- Gestores da Saúde e da Assistência Social Municipal: gerente da Diretoria de Assistência e Promoção à Saúde, coordenador da Atenção Básica e diretor da Diretoria de Programas sobre Drogas, totalizando três profissionais.
- Profissionais de saúde das três equipes de Saúde da Família da UBS analisada: três médicos, três enfermeiros, três auxiliares de enfermagem, e 15 agentes comunitários de saúde (ACS), totalizando 24 profissionais.
- Profissionais de saúde do NASF, atuantes na UBS analisada: um assistente social, um nutricionista, um educador físico, um farmacêutico, e um psicólogo, totalizando cinco profissionais.

*A priori* foram excluídos do estudo quatro profissionais: um enfermeiro e um ACS que estavam em licença saúde e os cargos de psicólogo na equipe do NASF e de um ACS na equipe de Saúde da Família não estavam ocupados, e aconteceram nove recusas. Desta forma, restaram 19 sujeitos (61% da população inicial), que responderam ao questionário autoaplicável.

Para coleta de dados foram utilizados dois modelos de questionário autoaplicável, com questões descritivas, obedecendo às diretrizes e os critérios avaliativos do modelo lógico de avaliação. O questionário direcionado aos gestores abordou questões relacionadas à coordenação e gestão do atendimento a usuários de álcool e outras drogas no município-caso, e o questionário direcionado aos profissionais de saúde da ESF, aspectos relacionados ao modo como os profissionais percebem, e executam as diretrizes do Documento da política no serviço em que atuam.

Os questionários foram divididos em quatro unidades, e organizados sequencialmente em números romanos e nominadas da seguinte forma: (I) Conhecendo a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas; (II) Intersetorialidade; (III) Atenção Integral: prevenção; (IV) Atenção Integral: promoção e proteção.

Para aplicação do questionário aos gestores, foi realizado contato prévio via telefônica para esclarecimento da natureza do estudo e agendamento de uma data apropriada para a entrega do questionário, e os questionários foram resgatados com uma média de uma semana após serem entregues. A aplicação do questionário aos profissionais de saúde da ESF envolveu abordagem individual, de acordo com a disponibilidade do profissional, seguida da entrega do questionário e orientações de preenchimento.

Como critério de julgamento das respostas emitidas preconizou-se que a proporção de respostas que apresentassem consistência entre as propostas do documento do Ministério da

Saúde, corresponderia ao grau de implantação, não existindo critérios de peso entre as questões. O parâmetro adotado para estabelecer o grau de implantação baseou-se nos estudos de Cosendey, Hartz e Bermudez (2003) e Oliveira et al. (2002).

Dessa forma, considerou-se a ação como implantada se 80% a 100% das respostas estivessem de acordo com o preconizado pelo documento; implantação insatisfatória, se 40% a 79,9% de respostas estivessem concordantes; e implantação crítica, se a concordância estivesse inferior ou igual a 39,9% (Quadro 1).

<b>Grau de Implantação</b>	<b>Percentual de Concordância</b>
Implantação aceitável	Maior ou igual a 80%
Implantação insatisfatória	De 40 a 79,9%
Implantação crítica	Menor ou igual a 39,9%

Quadro 1 – Parâmetros para a classificação do grau de implantação.

Para o tratamento dos dados, foi construída uma matriz de análise e julgamento no programa *Microsoft Excel*. Neste banco de dados foram relacionados individualmente cada diretriz e seus respectivos critérios avaliativos discriminados por gestores e categoria dos profissionais de saúde. Após a tabulação dos dados, foi verificada a concordância entre os critérios listados com as respostas dos sujeitos do estudo.

O grau de implantação global das diretrizes e o grau de implantação de cada diretriz foram obtidos após a soma dos percentuais de frequência, seguida do cálculo da média aritmética e apresentados sob a forma de tabelas com distribuição simples de frequência.

As respostas ao questionário de pesquisa, que foi confeccionado para a emissão de respostas de caráter descritivo, foram apresentadas no corpo do texto dos artigos, para cotejar e dar sustentação à discussão dos resultados. Os sujeitos foram referenciados pela sua categoria profissional, e na presença de mais de um profissional na mesma categoria, procedeu-se a numeração crescente, por exemplo, “ACS-1, ACS-2 [...]”.

Os resultados estão apresentados em dois momentos: Contextualização do município caso e a unidade de análise; e Avaliação do grau de implantação.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, foram observados os aspectos éticos disciplinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 102/2011).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Contextualização do Município Caso e da Unidade de Análise

O município de Maringá, localizado na região Noroeste do Paraná, possui uma população de 357.117 habitantes, e é sede da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Possui uma taxa de analfabetismo de 5,39% na população de 15 anos ou mais, renda *per capita* média de R\$ 465,37, ocupa a 6ª posição em relação aos demais municípios paranaenses e 67ª posição em relação aos municípios brasileiros no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ocupa (IBGE, 2010; MARINGÁ, 2010b).

A rede de APS de Maringá é constituída de 25 UBS e 10 Casas de Saúde da Família, organizadas em cinco regionais de saúde, e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), organizado em três regionais. O município adotou o modelo assistencial da ESF no ano de 2000, e em 2010, Maringá alcançou uma cobertura pela ESF de 74,7% da população, com 66 equipes habilitadas pelo Ministério da Saúde, sendo 62 de equipes de Saúde da Família e quatro de equipe de Agentes Comunitários da Saúde. Também, no ano de 2010 foram implantadas no município sete equipes do NASF como intuito de fortalecer o trabalho das equipes de ESF (MARINGÁ, 2010b, 2011b).

A estruturação da Rede de Atenção em Saúde Mental também se iniciou na década de 2000, com investimento na construção de uma rede de serviços de base comunitária e territorial, que incluiu a atenção básica, a atenção especializada e a intervenção reguladora das internações psiquiátricas (MARINGÁ, 2010b). Fazem parte da Rede de Atenção à Saúde Mental no município de Maringá, as unidades básicas de saúde, com apoio das equipes NASF; o Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM); os Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II – CAPS ad II, e o Centro de Atenção Psicossocial infantil – CAPSi -; duas residências terapêuticas; o projeto Consultório de Rua; uma emergência psiquiátrica que funciona no Hospital Municipal Drª Thelma Villanova Kasprovicz (HMM), e 319 leitos hospitalares – 26 leitos no Setor de Psiquiatria do HMM, oito leitos psiquiátricos no Hospital Memorial de Maringá, 285 leitos em um hospital psiquiátrico de longa permanência, sendo 252 leitos do SUS (MARINGÁ, 2010b, 2010c; PINI, 2009).

Atualmente, nas UBS são desenvolvidas ações de psicoterapia individual e grupal, reuniões para estudo de casos com as equipes de Saúde da Família, NASF e psiquiatras e psicólogos da rede especializada, grupos informativos, realização de visitas domiciliares, consultas psicológicas, psicodiagnóstico, orientação individual a pais e atividades na comunidade (MARINGÁ, 2010c).

A UBS de análise com aproximadamente oito anos de funcionamento. Possui a equipe de saúde composta de quatro enfermeiros; oito auxiliares de enfermagem; quatro médicos; 15 ACS; um psicólogo; três odontólogos; quatro auxiliares de consultório dentário; um técnico de higiene dental; a equipe do NASF, composta por uma farmacêutica, uma nutricionista, uma educadora física e uma assistente social; e a equipe de Apoio, composta de dois auxiliares de serviços gerais, dois auxiliares administrativos, e quatro vigias.

A Unidade de saúde serve como cenário para diversas intervenções da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Na área de abrangência da UBS são desenvolvidos os projetos PET (Programa de Educação pelo Trabalho) - Saúde Mental - *Crack*, *Álcool* e outras Drogas, e o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde).

### **Avaliação da Implantação das diretrizes para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**

Os usuários potenciais das diretrizes do Documento foram três gestores municipais – gerente da Diretoria de Assistência e Promoção à Saúde, coordenador da Atenção Básica e diretor da Diretoria de Programas sobre Drogas, e 16 profissionais da unidade de análise – de equipes de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, totalizando 19 profissionais.

A maioria dos profissionais era do sexo feminino (15 – 78,9%), com idade entre 30 a 49 anos (73,6%), sendo que a equipe do NASF era composta apenas por mulheres, e a maioria tinha idade inferior a 29 anos. Quanto ao tempo no cargo/função, o período de um a cinco anos foi apontado por nove sujeitos (47,3%) e o período inferior a um ano, por cinco profissionais (26,3%), ou seja a maioria atuava a período inferior a cinco anos no cargo/função (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos usuários potenciais das diretrizes avaliadas. Maringá-Paraná, 2011

Caracterização	Categoria Profissional	GESTOR (n = 3)		ESF* (n = 13)		NASF (n = 3)		Total (n = 19)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Fem.	02	66,6	10	76,9	03	100,0	15	78,9
	Mas.	01	33,3	03	23,0	-	-	04	21,0
Faixa etária (anos)	20-29	-	-	02	15,3	02	66,6	04	21,0
	30-39	01	33,3	06	46,1	-	-	07	36,8
	40-49	01	33,3	05	38,4	01	33,3	07	36,8
	> 50	01	33,3	-	-	-	-	01	5,2
Tempo no cargo/função (ano)	< 1	03	100,0	02	15,3	-	-	05	26,3
	1 a 5	-	-	06	46,1	03	100,0	09	47,3
	6 a 10	-	-	03	23,0	-	-	03	15,7
	> 10	-	-	02	15,3	-	-	02	10,5
<b>Total</b>		<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

Nota: \*Equipe de Saúde da Família.

Em relação à escolaridade e sua adequação ao cargo/função, 11 eram de profissões que requeriam ensino superior e 8 eram de profissões de ensino técnico e de ensino elementar. Apenas o diretor da Diretoria de Programas sobre Drogas e uma enfermeira da equipe de Saúde da Família havia atuado anteriormente na área de Saúde Mental relacionada ao enfrentamento do uso/abuso de drogas.

Os sujeitos do estudo compõem uma amostra representativa dos recursos humanos de saúde brasileiro, pois o perfil apresentado corrobora com achados em estudos anteriores, cujos profissionais de saúde em sua maioria são mulheres, na faixa etária de 31 a 45 anos, e com tempo no cargo/função inferior ou igual a cinco anos (TOMASI, 2008).

Os resultados estão apresentados em duas etapas: Conhecimento do documento *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuário de Álcool e Outras Drogas* e Grau de Implantação global e grau da implantação segundo as diretrizes e critérios avaliativos.

### **Conhecimento do Documento *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuário de Álcool e Outras Drogas***

As políticas públicas, enquanto instrumento por meio do qual o Estado opera sobre as demandas populacionais são dispositivos relativamente novos, e, neste contexto, as políticas públicas direcionadas ao enfrentamento do consumo de drogas de abuso são ainda mais incipientes. Desta forma, pressupõe-se que a não operância de algumas destas diretrizes não significa inviabilidade política, mas um período de “*janela política*”, ou seja, o tempo entre a sua publicação e a sua assimilação e operacionalização pelos dirigentes (EXWORTHY; BLANE; MARMOT, 2003).

Porém, a qualidade e a continuidade de uma política pública dependem das pressões e contrapressões feitas pelos diferentes grupos de interesse existentes na sociedade, entretanto é necessário que esses atores se apossessem do conteúdo de tais políticas para que elas sejam legitimadas.

Em 2004, o Ministério da Saúde divulgou o documento *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, com o objetivo de estruturar e fortalecer uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, e orientou a divulgação do conteúdo e das suas diretrizes e a capacitação dos profissionais de saúde e da assistência social para o cumprimento de seus objetivos.

Para a implantação das diretrizes na APS foram distribuídos exemplares do Documento para os municípios brasileiros e intensificadas as ações de capacitação em seus aspectos operacionais. Diante disso, um dos primeiros aspectos para verificar a implantação seria o conhecimento do conteúdo do Documento enquanto fonte de informação para as atividades cotidianas dos profissionais de saúde.

Entre os entrevistados, dois referiram “conhecer” o documento *A Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas*, sendo eles, o diretor da Diretoria de Programas Sobre Drogas e a coordenadora da Atenção Básica. Cinco profissionais referiram ter recebido informações/orientações genéricas sobre o mesmo.

Conhecimento e informação são termos comumente utilizados como sinônimos, no entanto, não tem o mesmo significado. O conhecimento é definido como o ato ou efeito de apreender intelectualmente determinado assunto, com ênfase do desenvolvimento teórico e prático, e, a informação é definida como um conhecimento obtido por meio de instrução, esclarecimento, indicação, comunicação (HOUAISS, 2007).

Entre os profissionais que detinham informações/orientações sobre o Documento, e manifestaram opiniões sobre a mesmo, apresentaram como ponto de convergência a falta de orientações para a prática.

*“[...] abrange temas relacionados à prevenção, tratamento e enfrentamento de forma geral, sem apresentar soluções ou projetos efetivos e práticos que possam ser implantados na atenção básica” (NASF - 2).*

*“[...] possui pontos muito bons, mas falta algo mais prático” (Médico - 1).*

Para os gestores, a política é convergente com os princípios e orientações do Sistema Único de Saúde e, apesar de algumas limitações, tem orientado a organização da rede de atenção à usuários de álcool e outras drogas.

*“[...] apresenta ações bem sucedidas de prevenção e no tratamento do usuário [...] fortalecimento do CAPS [...]” (Diretor da Diretoria de Programas Sobre Drogas).*

*“Apesar de tardia [...] é bem vinda. Há uma lacuna histórica nesta área, e essa política parece ser um marco, suas diretrizes abrangem toda uma extensão” (Coordenador da Atenção Básica).*

Percebe-se que o domínio teórico deste Documento fica mais concentrado nos núcleos gerenciais, com pouca disseminação para o campo “da prática”, onde se encontram os

executores do cuidado, que poderiam, também, contribuir para o planejamento das ações, avaliação de intervenções (BRASIL, 2004a). Quando presentes, correspondem à informações/orientações de caráter generalista, sem definição clara sobre suas fontes e/ou orientações práticas.

***Grau de Implantação global e grau da implantação segundo as diretrizes e critérios avaliativos***

O grau de implantação das diretrizes do documento do Ministério da Saúde foi verificado em um primeiro momento da forma global, e, em um segundo momento, de acordo com as diretrizes e critérios avaliativos, estabelecendo em paralelo a exemplificação das respostas dos sujeitos do estudo, para cotejar e dar sustentação à discussão dos resultados.

Tabela 2 – Distribuição da frequência dos percentuais de concordância e dos critérios avaliativos. Maringá-Paraná, 2011

Diretrizes/Critérios	Usuários potenciais		Gestor (n = 3)		ESF* (n = 13)		NASF (n = 3)		MARINGÁ (n = 19)	
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>INTERSETORIALIDADE</b>										
Capilaridade com Justiça, Educação, Assistência Social e Desenvolvimento	3	100,0	6	46,1	2	66,6	11	57,8		
Articulação com sociedade civil	3	100,0	7	53,8	2	66,6	12	63,1		
Investimentos contínuos	3	100,0	9	69,2	3	100,0	15	78,9		
Geração de conhecimento, informação e inovação em parceria com Universidade	3	100,0	8	61,5	2	66,6	13	68,4		
<b>GRAU DE IMPLANTAÇÃO</b>		100,0		57,6		74,9		67		
<b>ATENÇÃO INTEGRAL: PREVENÇÃO DE AGRAVOS</b>										
Estratégia de redução de danos	3	100,0	3	23	-	-	6	31,5		
Capacitação e formação dos profissionais	3	100,0	7	53,8	3	100,0	13	68,4		
Redução dos fatores de vulnerabilidade e risco	3	100,0	9	69,2	3	100,0	15	78,4		
Práticas preventivas com especificidade à parcela populacional	3	100,0	10	79,9	3	100,0	16	84,2		
<b>GRAU DE IMPLANTAÇÃO</b>		100,0		56,4		75		65,6		
<b>ATENÇÃO INTEGRAL: PROMOÇÃO E PROTEÇÃO A SAÚDE</b>										
Promoção de assistência em nível de cuidados primários	3	100,0	9	69,2	2	66,6	14	73,6		
Estruturação da rede assistencial em saúde	3	100,0	7	76,9	3	100,0	13	68,4		
Acessibilidade a rede de saúde e suporte social	-	-	8	61,5	3	100,0	11	57,8		
Potencializar o envolvimento familiar	3	100,0	8	61,5	3	100,0	14	73,6		
<b>GRAU DE IMPLANTAÇÃO</b>		75		67,2		91,6		68,3		
<b>GRAU DE IMPLANTAÇÃO GLOBAL</b>		<b>91,6</b>		<b>60,4</b>		<b>80,5</b>		<b>66,9</b>		

Nota: \*Equipe de Saúde da Família.

Os resultados da avaliação apontam que o grau de implantação das diretrizes para enfrentamento do consumo de álcool e outras drogas de abuso na APS do município em estudo foi insatisfatório (percentual de concordância = 66,9%), com variação de 65,6% para a



diretriz Prevenção de Agravos e de 68,3% para a diretriz Promoção e Proteção à Saúde. Para os gestores municipais e os profissionais de saúde do NASF, o grau de implantação foi considerado aceitável, com percentuais de concordância de 91,6% e 80,5% respectivamente.

Entretanto, para os profissionais de saúde das equipes de ESF, executores diretos do cuidado à saúde nos aspectos de promoção e proteção à saúde e prevenção de agravos, o percentual de concordância foi de 60,4%, correspondendo a um grau de implantação insatisfatório.

A análise do grau de implantação das diretrizes segundo os gestores e executores do cuidado, apontou com pior percentual de concordância para a diretriz Promoção e Proteção à Saúde, para os gestores (75%), a diretriz Intersetorialidade, para os profissionais do NASF (74,9%), e a diretriz Prevenção de Agravos, para os profissionais das equipes de ESF.

O modelo no qual os profissionais de saúde têm sido formados pouco tem articulado a educação e saúde, a promoção, prevenção e reabilitação. Estudo realizado com 35 equipes da ESF identificou que os profissionais de saúde com curso superior, apesar de habilidades para reconhecimento do uso/abuso de drogas, carecem de subsídios para desenvolver ações de prevenção, assim como todas as possibilidades de assistência que pode oferecer ao usuário de drogas (BARROS; PILLON, 2007).

Este mesmo estudo apontou que os profissionais sem nível superior, apesar de demonstrarem maior aceitação quanto ao uso de drogas e quanto ao próprio usuário, sentem falta de informações técnicas gerais que envolvam o uso, abuso e dependência de drogas (BARROS; PILLON, 2007).

O reconhecimento da Intersetorialidade como uma diretriz para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas obteve grau de implantação insatisfatório, com percentual de concordância de 67% das respostas; somente para os gestores o grau de implantação foi considerado aceitável (100,0%). Para os profissionais das equipes de ESF e da equipe do NASF o percentual de concordância da diretriz a Intersetorialidade foi 57,6% e 74,9% respectivamente.

A análise dos critérios avaliativos dessa diretriz apontou uma variação entre os investigados: as respostas dos gestores tiveram grau de concordância de 100% em todos os critérios; a resposta dos profissionais das equipes de ESF variaram de 46,1% para o critério Capilaridade com Justiça, Educação, Assistência Social e Desenvolvimento à 69,2% para o critério Investimentos contínuos; e as respostas da equipe do NASF variaram de 66,6% em três critérios para 100% para o critério Investimentos Contínuos.

*“É primordial a intersetorialidade, buscando integrar educação, esporte e meio ambiente”  
(Coordenador da Atenção Básica).*

A maioria dos profissionais da atenção primária à saúde (9) apontou que essas ações, quando presentes, materializam-se por meio de parcerias entre a unidade de saúde, as escolas e o Centro de Referência Assistência Social (CRAS) local, por meio da realização de atividades de prevenção e promoção da saúde, como palestras, orientações e atividades recreativas.

*“[...] desenvolvemos projetos nas escolas sobre o consumo de álcool e tabaco ou outras drogas, desenvolvemos atividades educativas com o CRAS (Centro de Referência Assistência Social)” (Enfermeira - 1).*

Verifica-se que, apesar da decisão política constante no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, a intersetorialidade, não ocorre automaticamente. É necessário que os segmentos que detêm o poder e conhecimento sobre as diretrizes teóricas desenvolvam um trabalho conjunto com os executores do cuidado, a fim de compartilhar saberes e agilizar a introdução dessas ações na prática (BERNARDI et al., 2010).

A intersetorialidade pode ser incompreendida ou mesmo deixada em segundo plano por profissionais de saúde que desconhecem a potencialidade desta ferramenta no enfrentamento do consumo de álcool e outras drogas. Essa apatia pode ser consequência da ausência de estudos que abordem a temática e/ou falta de repasse de experiências bem sucedidas obtidas por estados e municípios, que encorajem a multiplicação em outras localidades. Para o Ministério da Saúde, essa divulgação é necessária (BRASIL, 2004a).

Chamou a atenção o relato de uma profissional do NASF, que questionou a efetividade e aplicabilidade dessas articulações, afirmando: *“Eu particularmente não acredito que esta articulação deva ser feita para todas as políticas públicas”*, e dos médicos, que foram unânimes pelo não envolvimento nessas atividades, justificado pela atuação basicamente *“[...] em nível de consulta médica” (Médico - 1).*

Com relação aos Investimentos contínuos em ações de enfrentamento do uso de álcool e outras drogas, os profissionais de saúde referiram perceber o apoio por meio da distribuição de materiais educativos e informativos, capacitação e incentivos para realização de campanhas. Porém, quando o assunto é os recursos municipais, os gestores concordam com a escassez de recursos financeiros. *“Há a necessidade de mais recursos financeiros, tendo em vista, o constante aumento do número de usuários (de drogas)” (Diretor da Diretoria de Programas Sobre Drogas).*

*“[...] deveria ser maior (recursos financeiros), não é fácil montar CAPS, Comunidade Terapêutica [...]” (Coordenador da Atenção Básica).*

A diretriz Prevenção de Agravos atingiu concordância de 65,6%, sendo então avaliada com grau de implantação insatisfatório, exceto para os gestores, cujas respostas, novamente, apresentaram percentual de concordância de 100%. Para os profissionais de saúde do NASF e as equipes de ESF a diretriz foi considerada com implantação insatisfatória, atingindo percentuais de concordância de 75% e 56,4%, respectivamente.

Os critérios avaliativos da diretriz Prevenção de Agravos também apresentaram padrões diferenciados de concordância: para os gestores todos os critérios tiveram concordância 100%; para os profissionais das equipes de ESF as respostas variaram de 23% para o critério Estratégias de Redução de Danos a 79,9% para o critério Práticas preventivas com especificidade à parcela populacional; entre os profissionais da equipe do NASF três critérios apresentaram 100% de concordância, mas o critério Estratégias de Redução de Danos não foi respondido por nenhum deles.

Estratégia de redução de danos foi o único critério avaliativo que obteve grau implantação crítica, com percentual de concordância de 31,5%. Entre os profissionais das equipes de ESF, apenas três afirmaram desenvolver a estratégia na Unidade, e citaram a *“[...] distribuição de preservativo [...]” (ACS - 5)*. No entanto, dois profissionais da equipe do NASF e uma enfermeira informaram que a estratégia está *“em fase de estudo”*, porém não está implantada na Unidade.

A prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos, e para o fortalecimento dos fatores de proteção. Implica em inserção comunitária das práticas propostas, disponíveis, para facilitar processos que levem à redução da iniciação no consumo, e das conseqüências do uso em padrões de maior acometimento global. Para tanto, a lógica da redução de danos deve ser considerada como estratégica ao planejamento de propostas e ações preventivas (BRASIL, 2004a).

Na Unidade, as Práticas preventivas com especificidade à parcela populacional, foi o único critério da diretriz considerado com implantação aceitável, pois a maioria dos profissionais das equipes de ESF (10) como todos os profissionais de saúde no NASF (3) desenvolvem atividades educativas para populações com especificidades para parcelas populacionais de risco.

*“[...] abordamos o assunto nos grupo da mulher, grupo de adolescente, grupo de saúde do homem e grupo de gestante” (Auxiliar de enfermagem - 1).*

*“[...] orientações nos grupos de adolescentes” (ACS - 2).*

No caso específico ao uso das drogas, a finalidade dessas ações é atuar sobre fatores que predis põem o seu uso ou abuso, criando uma mentalidade de participar da dinâmica social de forma ativa e preventiva (BÜCHELE; COELHO; LINDNER, 2009). Os indivíduos que já apresentam padrão de dependência para uso/abuso de drogas não constituem a maior parcela da população de usuários, desta forma, evidencia-se o importante papel da equipe multiprofissional da ESF enquanto vigilante de problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas, ou mesmo, fatores de desencadeantes do uso (BRASIL, 2003).

O grau de implantação global atingido pela diretriz Promoção e Proteção da Saúde foi insatisfatória, com percentual de concordância de 66,9%, sendo avaliada como aceitável somente para os profissionais da equipe do NASF (grau de concordância de 91,6%). Para os gestores e profissionais de saúde das equipes da ESF a diretriz foi considerada com implantação insatisfatória, com concordância de 75% e 67,2% respectivamente.

A promoção da saúde impõe-se pela complexidade dos problemas que caracterizam a realidade sanitária, em que predominam as doenças crônicas não transmissíveis ao lado de doenças sociais contemporâneas, como as violências e as novas endemias. Configura-se também pela potencialidade de estratégias que superem a cultura da medicalização predominante no imaginário da sociedade (BRASIL, 2004a).

A principal vantagem da APS é a possibilidade de estender a cobertura à saúde mental a um número maior de usuários e diminuir os encaminhamentos de pacientes menos graves para a atenção especializada (BRASIL, 2004a). Apesar da Promoção de assistência à saúde em nível de cuidados primários, ser considerada insatisfatória, profissionais da equipe do NASF (2) e profissionais das equipes de ESF (7) relataram procurar envolver o indivíduo em uso/abuso de drogas com os cuidados oferecidos na Unidade.

*“Acolhemos, acompanhamos e encaminhamos” (Enfermeira - 2).*

*“Exercemos a porta de entrada, se for um caso mais grave, encaminhamos para outro serviço” (NASF - 3).*

*“Convidamos e inserimos nos grupos [...]” (ACS - 5).*

Entre os profissionais que negaram promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas na Unidade (8), justificaram elencando uma série de limitantes, como, “*falta de tempo para planejamento das ações*”, “*estrutura física da unidade*”, “*recusa do usuário de álcool e outras drogas*”, “*demanda da unidade sobrecarregada*”, “*usuário não encara o vício*” - principalmente em uso/abuso de álcool.

A Estruturação da rede assistencial em saúde, apresentou grau de implantação insatisfatório para os executores do cuidado. Os profissionais relataram que a contra referência só ocorre quando o usuário de drogas é atendido na Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal, em outros serviços da rede essa comunicação é reduzida.

A falta de comunicação com o CAPSad de referência foi um problema citado por dois ACS. Um deles mencionou que “*o pessoal do CAPSad tinha que conhecer como os usuários são aqui na comunidade [...] porque quando vai para lá ta tudo bonzinho, não tem muita parceria com a unidade*”.

De acordo com Pinho, Hernández e Kantorski (2010), os profissionais do CAPS lidam diariamente com limitações que impedem que seja realizado um trabalho efetivo junto à comunidade, como a falta de recursos para sair do serviço, contribuindo assim, para um modelo de assistência centrado no contexto interno na instituição. Entretanto, é fundamental romper barreiras para que as equipes do CAPS e da ESF trabalhem juntas, em sincronia com a atenção psicossocial, sobretudo na capacitação dos profissionais da atenção primária à saúde, pois há premência no investimentos em profissionais, centrando o desenvolvimento de habilidades para lidar com a afetividade e a subjetividade das pessoas (PEREIRA et al., 2007).

Com relação à Acessibilidade à rede de saúde e suporte social local, todos os gestores concordam com as limitações e atrasos no município.

*“Acredito que por esse atraso histórico estamos defasados de profissionais envolvidos com a questão e de serviços na rede [...]” (Coordenador da Atenção Básica).*

*“[...] não são suficientes para oferecer cobertura aos serviços de saúde de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas [...]” (Diretor da Diretoria de Programas Sobre Drogas).*

*“[...] necessita de mais unidade para atender toda a demanda de atendimento [...] distribuídas em áreas estratégicas” (Gerente da Diretoria de Assistência à Saúde).*

No contexto organizacional, todos os profissionais de saúde do NASF (3) e oito profissionais das equipes de ESF, afirmaram buscar facilitar o acesso ao serviço de saúde e à

rede de suporte social existente no município e em sua área de abrangência para indivíduos em uso/abuso de drogas.

*“Sempre oriento sobre serviços existentes, se houver concordância do paciente [...] agendo dia e horário de atendimento em serviços especializados” (NASF - 3).*

*“[...] priorizamos atendimento a esses usuários (de drogas) e fazendo referência aos serviços da rede” (Enfermeira - 2).*

Considerando que mesmo nos territórios demarcados para atenção da ESF – áreas e microáreas – existem espaços de desigualdades acesso às políticas sociais, inclusive expressa nos relatos dos profissionais entrevistados, e que as UBS devem ser o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde (STARFIELD, 2002), os profissionais de saúde devem utilizar estratégias para acolher o indivíduo em uso/abuso de drogas dentro da unidade de saúde, e promover um atendimento individualizado, que respeite a sua autonomia, e sua inserção sócio cultural, de tal modo que consiga estabelecer a vinculação ao serviço e garanta o retorno deste indivíduo ao serviço quando da necessidade de novo atendimento.

Todos os profissionais do NASF (3) e oito profissional de saúde da equipe de ESF, procuram envolver/abordar a família como um todo nas ações de enfrentamento ao consumo de drogas de abuso desenvolvidas na Unidade.

*“As equipes oferece ações de acolhimento envolvendo a família na medida do possível” (Auxiliar de enfermagem - 2).*

*“Quando que preciso orientar um paciente usuário de álcool e outras drogas faço na presença de um familiar e ressalto a importância do apoio familiar” (NASF - 3).*

A família pode ser um fator de risco ou de proteção para o uso de substâncias psicoativas. O conflito entre os pais é um dos fatores de risco mais relevantes, pois expõe as crianças e os adolescentes à hostilidade, à crítica destrutiva e à raiva (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010; SCHENKER, MINAYO, 2005). A configuração de um ambiente favorável à adoção de comportamentos prejudiciais à saúde pelos jovens, como o consumo de substâncias psicoativas, é influenciada por uma série de fatores, sendo a família um dos mais importantes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que, de forma global, o grau de implantação das diretrizes avaliadas foi insatisfatório, com percentual de concordância de 66,9% e variação de 65,6% para a diretriz Prevenção de Agravos e de 68,3% para a diretriz Promoção e Proteção à Saúde.

A avaliação do grau de implantação segundo os gestores e as categorias profissionais revelou variações. Para os gestores e os profissionais de saúde do NASF, o grau de implantação foi considerado aceitável – percentual de concordância de 91,5% e 80,5%, respectivamente. Porém para os profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família, executores diretos do cuidado, o grau de implantação foi insatisfatório, com percentual de concordância de 60,4%.

A existência de relativa rotatividade entre os profissionais, o pouco tempo de atividade em conjunto com a equipe e com a comunidade, e a alta demanda da Unidade podem ter influenciado o conteúdo das respostas. Muitas respostas tinham cunho pessoal, desvinculadas da realidade local, ou eram breves e sucintas, pela sobrecarga de trabalho.

Os resultados apontam a necessidade de estudos ampliados, que possam subsidiar o aperfeiçoamento da atenção à Saúde Mental no sistema local de saúde, e que possam analisar, entre outros aspectos, o papel dos diferentes equipamentos de saúde que compõem a rede de saúde, considerando que a atenção integral é constituída por um conjunto de dispositivos intersetoriais, aperfeiçoando a atenção em Saúde Mental em Maringá-Paraná.

## REFERENCIAS

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Programa de saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 144-149, 2006.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 261-266, 2007.

BERNARDI, A. P. et al. Intersetorialidade: um desafio de gestão em Saúde Pública. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.1, n. 1, p. 137-142, 2010.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, 2010.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: CN-DST/AIDS, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília, DF, 2004b.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S.R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C.; SILVA, A. A. B.; NOTO, A. R.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A.; MOURA, Y. G.; SANCHEZ, Z. V. D. M. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo: Cebrid: Unifesp, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implementação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

COSENDEY, M. A. E.; HARTZ, Z. M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 395-406, mar./abr. 2003.

EXWORTHY, M.; BLANE, D.; MARMOT, M. Tackling health inequalities in the United Kingdom: the progress and pitfalls of policy. **Health Service Research**, London, v. 38, no. 6, p. 1905-1921, 2003.

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação da efetividade da Atenção Básica a Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 159-172, 2008. Suplemento 1.

GALDURÓZ, J. C. F. Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recente. In: \_\_\_\_\_. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça. Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD, 2011. p. 56-72.

GONÇALVES, A. M. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: um desafio da prática do programa saúde da família**. 209 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.



HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-61.

HOUAISS, A. **Dicionário de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva. 2007.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 1 jul. 2010.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Diretoria de Programas sobre Drogas. **Relatório circunstanciado sobre ações de prevenção e tratamento do uso de drogas na cidade de Maringá**. Maringá, 2010a.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretária de Saúde de Maringá. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Maringá, 2010b.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Maringá, 2010c.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. **Diagnóstico Social de Maringá**. Maringá, 2011a. Disponível em: <<http://www.kairos.srv.br/maringa>>. Acesso em: 10 out. 2011.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Planilha de metas e indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde: prioridades e objetivos**. Maringá, 2011b.

MORAES, M. M. O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2005.

OLIVEIRA, M. A. et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/Aids no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1429-1439, set./out. 2002.

PEREIRA, M. A. O.; BARBIERI, L.; PAULA, V. P.; FRANCO, M. S. P. Saúde mental no programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 567-572, 2007.

PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Serviço substitutivo de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 28-35, jan./mar. 2010.

PINI, J. S. **Saúde mental na atenção básica: atuação das equipes na estratégia saúde da família**. 2009. 103 f. Dissertação (Mestrado)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

RABELO, J. F.; FARIA, S. T.; BERNARDY, C. C. F, OLIVEIRA, M. L. F. Drogas ilícitas: registros de um centro de informação e assistência toxicológica do município de Maringá, PR, 2004-2005. **Arquivos Ciências da Saúde Unipar**, Umuarama, v.11, n. 2, p. 77-81, ago. 2007.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p.707-717, 2005.

SILVA, M. O. S. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: SILVA, M. O. S. et al. (Coord.). **Pesquisa Avaliativa: aspectos teóricos e metodológicos**. São Paulo: Veras Editora; São Luis: GAEPP, 2008. p. 89-178.

SOUZA, L. G. S.; MENANDRO, M. C. S. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. **Physis** [online], [S.l.], v. 21, n. 2, 2011.

SPRICIGO, J. S.; CARRARO, T. E.; CARTANA, M. H. F.; REIBNITZ, K. S. Atenção ao usuário de drogas: um espaço para o enfermeiro. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, p. 296-302, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

TOMASI, E. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 193-201, 2008. Suplemento 1.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drugs Report 2010**.

Disponível em :

<[http://www.unodc.org/documents/frontpage/UNODC\\_Annual\\_Report\\_2010\\_LowRes.pdf](http://www.unodc.org/documents/frontpage/UNODC_Annual_Report_2010_LowRes.pdf)>.

Acesso em: 25 jun. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ten recommendations for action**. Genebra, 2002.

YIN, R. K. Discovering the future of the case study method in evaluation research. **Evaluation Practice**, London, v.15, no. 3, p. 283-290, 1994.

## 7 ARTIGO 4

**ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE:  
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE\***

ATTENTION TO DRUG USERS AT MUNICIPAL HEALTH: THE PERCEPTION OF  
HEALTH PROFESSIONALS

ATENCIÓN A USUARIOS DE DROGAS EN LA RED MUNICIPAL DE SALUD:  
PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD

Jessica Adrielle Teixeira Santos<sup>\*\*</sup>  
Magda Lúcia Félix de Oliveira<sup>\*\*\*</sup>

**Resumo**

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

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Percepção. Profissionais de saúde.

**Abstract**

This study aimed at understanding the health professionals' perception of Municipal Health in relation to the health of users of alcohol and other drugs. It is an exploratory and qualitative study, developed by means of a single case study. The subjects are professionals from three teams of the Family Health Program and from a team of Health Family Support Nucleus at a Basic Health Care Center in northern Parana – Brazil. An interview, with the central question

---

\* Produto da Dissertação de Mestrado de título: “Avaliação da implantação da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas: um estudo de caso”, subsidiado pela Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná - Fundação Araucária.

\*\* Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Paraná, Brasil.

\*\*\* Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Paraná, Brasil.

“How do you consider the network of attention to the health of the user of alcohol and other drugs in the city?” was used, together with an evaluation scale for qualifying the Municipal Health, with content thematic analysis. The nurses and the health community agents attribute great importance to the attention network specialized devices over the community approach, centered in the family and supported by a matrix team. The medical professionals, with a strong biomedical orientation on drugs of use/abuse, as well as the Health Family Support Nucleus professionals, due to their little contact with the community and lack of knowledge about the local reality, also overestimate those devices. Considering that fighting the alcohol and other drugs use/abuse should be constituted of integral attention instead of isolated assistance devices, the cases observed in the study could be a counterpoint for the dialogue among the varied services that compose Municipal Health.

**Keywords:** Primary health care. Perception. Health professionals.

### Resumen

El objetivo del presente estudio fue comprender las percepciones de profesionales de salud sobre la red municipal de atención a la salud a usuarios de alcohol y otras drogas. Se trata de un estudio exploratorio y cualitativo, desarrollado por medio de un estudio de caso único. Los sujetos fueron profesionales de tres equipos de Salud de la Familia y de un equipo del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia – NASF, en una unidad básica de salud de un municipio de la región Norte de Paraná – Brasil. Se utilizó entrevista con la cuestión guía: “¿Cómo usted considera la red de atención a la salud a usuario de alcohol y otras drogas en el municipio?” y una escala evaluativa para calificación de la red municipal de salud, con análisis de contenido temático. Los profesionales del equipo de enfermería y los agentes comunitarios de salud atribuyen gran importancia a los dispositivos especializados de la red de atención, en detrimento de abordaje comunitario, centrado en la familia y apoyado por un equipo matricial. El profesional médico, con fuerte orientación biomédica del uso/abuso de drogas y los profesionales de NASF, debido a la poca inserción en la comunidad y desconocimiento de la realidad local, también supervaloran estos dispositivos. Considerando que las acciones de enfrentamiento del uso/abuso de alcohol y otras drogas deben ser constituidas por atención integral y no por un conjunto de dispositivos asistenciales aislados, las experiencias observadas en la unidad sirven de contrapunto para el diálogo entre los varios servicios que componen la red municipal de atención.

**Palabras clave:** Atención primaria a la salud. Percepción. Profesionales de salud.

### INTRODUÇÃO

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

A atenção a usuários de drogas no âmbito do SUS está fundamentada nos referenciais de atenção em rede, acesso universal e intersetorialidade. A atenção em rede é o princípio que aponta para a necessidade de que diferentes dispositivos de atenção estejam articulados de

forma complementar, solidária e funcional, onde se busque garantir a continuidade da assistência (BRASIL, 2003).

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

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

Nesta perspectiva, a APS/Estratégia de Saúde da Família é considerada a “porta de entrada” do SUS, e o local que deveria e está assumindo gradativamente a posição de assistência na atenção aos usuários de álcool e outras drogas (BARROS; PILLON, 2006). A ESF reúne condições que possibilitam a superação dos problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas graças às suas características básicas: ser um programa em articulação com a APS, que elege a família como unidade programática de atenção, atuando em uma base territorial definida e com a proposta de desenvolvimento de um trabalho com a comunidade (GONÇALVES, 2002).

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

O enfermeiro enquanto integrante da Estratégia da Saúde da Família (ESF), e as categorias profissionais sob sua orientação – auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) - possuem maior contato e acesso à população, devido a sua atuação mais voltada para a comunidade, e conseqüentemente também aos indivíduos envolvidos com o uso/abuso de drogas. Desta forma, vislumbram possibilidades de criar e atuar em estratégias eficazes de prevenção, participando da melhoria da qualidade de vida da população (ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

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

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

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de caráter exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de um estudo de caso de percepções e atividades de profissionais da Estratégia de Saúde da Família de uma unidade básica de saúde do município de Maringá-Paraná.

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

Fizeram parte do estudo os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família da Unidade – três equipes de Saúde da Família e uma equipe de NASF, em um total de 16 profissionais: três médicos; dois enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, e seis agentes comunitários de saúde (ACS), um assistente social, um nutricionista, um educador físico.

Para aproximação das percepções dos sujeitos, foi elaborado um roteiro de entrevista, com dados de identificação dos profissionais, a questão norteadora: “Como você considera a atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços de saúde no município?” e uma escala de avaliação para qualificação da rede municipal de saúde. Solicitou-se que os participantes do estudo julgassem o cenário atual da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no município, por meio de uma escala de avaliação que continha os seguintes atributos: excelente, boa, regular, ruim e péssimo. As entrevistas foram gravadas, transcritas e realizadas no mês de Setembro de 2011.

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

A análise das concepções relacionadas à rede de atenção em saúde a indivíduos em uso/abuso de álcool e outras drogas foi apresentada de acordo com a categoria profissional dos profissionais de saúde, as atividades assistenciais desempenhadas por esses profissionais de saúde permitiu agrupá-los em grupos com funções correlatas e/ou semelhantes: “Compreensão da rede de atenção segundo os profissionais de enfermagem e os agentes comunitários de saúde” e “A rede de atenção segundo profissionais de saúde da atenção primária”.

Visando à preservação da identidade dos sujeitos, assim como diferenciá-los durante o estudo, estes foram referenciados pela sua categoria profissional, e quando na presença de mais de uma pessoa na mesma categoria, como no caso dos ACS, procedeu-se a numeração crescente “ACS1, ACS2 [...]”. Para identificação e diferenciação das equipes, bem como dos profissionais que as integram, acrescentou-se a identificação da equipe logo após a categoria profissional.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, foi observado os aspectos éticos disciplinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da

Saúde, e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 102/2011).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Aproximação da rede municipal de saúde e dos protagonistas do cuidado na atenção primária à saúde**

Para compreender o modo como os protagonistas do cuidado na atenção primária a saúde percebem a organização da rede municipal de atenção a indivíduos em uso/abuso de drogas, é imprescindível apresentar os diversos dispositivos que compõem essa rede de serviços.

Primeiramente, torna-se importante localizar a atenção primária a saúde nesta rede de atenção. O município de Maringá possui 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizadas em cinco regionais. O modelo assistencial da ESF foi introduzindo no ano de 2000, e deste então vem evoluindo, empregando esforços para o seu fortalecimento na APS. Em 2010, Maringá alcançou uma cobertura pela ESF de 74,7% da população, com 66 equipes habilitadas pelo Ministério da Saúde, sendo 62 de ESF e 04 de Agentes Comunitários da Saúde. Também no ano de 2010 foram implantados no município sete NASF como intuito de fortalecer o trabalho das equipes de ESF (MARINGÁ, 2010b, 2011b).

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

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



No contexto da APS, existe ainda uma fragmentação das ações e a lógica de atuação da ESF ainda não conseguiu ser incorporada integralmente nas práticas profissionais de atenção a saúde. De acordo com o Plano Municipal de Saúde, a saúde mental – e aí incluí-se os problemas decorrentes do consumo abusivo de álcool e outras drogas - enfrenta há muitos anos um grande desafio em Maringá, e talvez em todos os municípios, que é a dificuldade de compreensão sobre saúde mental por parte dos profissionais das equipes, que foi evidenciada após a implantação da ESF (MARINGÁ, 2010b).

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

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

Foram considerados protagonistas do cuidado na atenção primária à saúde, os profissionais de saúde da equipe de saúde da família (n = 13) e os profissionais de saúde integrantes do NASF (n = 3), perfazendo um total de 16 sujeitos.

Com relação aos profissionais da equipe de enfermagem, todos eram do sexo feminino (n = 4), sendo duas enfermeiras, e duas auxiliares de enfermagem, com idades entre 27 e 48 anos. Ambas as enfermeiras possuíam tempo de trabalho no cargo/função de cinco anos. Já as auxiliares de enfermagem, uma possuía seis anos e outras dez anos.

Os ACS (n = 6) foram considerados neste estudo como integrantes da equipe de enfermagem, pois desenvolvem suas atividades sob tutela do profissional enfermeiro. Todos do sexo feminino e com idades entre 37 e 48 anos. A maioria com tempo do cargo/ função de cinco anos (n = 4), os outros dois possuíam 12 anos de trabalho.

Os demais profissionais foram os médicos das equipes de Saúde da Família (n = 3), e os profissionais de saúde integrantes do NASF, um educador físico, um assistente social e um nutricionista. Deste, apenas os médicos eram do sexo masculino. Com relação ao tempo no cargo/função, um dos médicos possuía oito anos, todos os demais estavam atuantes há um ano

ou menos. Quanto à faixa etária, com exceção de um médico com 35 anos e a assistente social com 41, o restante possuía idades compreendidas entre 26 e 29 anos.

Nenhuma dos profissionais de saúde possuía experiência de trabalhos anteriores relacionada ao uso/abuso de álcool e outras drogas.

### **A rede de atenção segundo os profissionais de enfermagem e os agentes comunitários de saúde**

Entre os profissionais de saúde da Unidade, 10 eram da categoria de enfermagem. Seis qualificaram a rede de atenção à saúde à usuários de álcool e outras drogas Boa, e quatro a classificaram Regular. Não houve distinção no padrão de resposta segundo as categorias profissionais, pois entre os que perceberam a rede Boa estavam uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, e quatro ACS, e entre os profissionais que a perceberam Regular, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e duas ACS.

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

*“[...] evoluiu muito, agora tem esses CAPSad, antes não tinha” (ACS - 3).*

*“[...] comparado com o que tinha antes, a gente sabe que teve um crescimento, que melhorou e que agora tem essas outras referências, como a emergência psiquiátrica e o CAPS [...]” (Enfermeira - 1).*

*“[...] considero com [...] porque agora tem referências, hospital municipal e os CAPS” (Auxiliar de enfermagem - 1).*

Esse avanço propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão, não significa, contudo, que a Unidade local tenha chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção. Nota-se que a tendência hospitalocêntrica ainda não foi abandonada por completo (BRASIL, 2004a), pois quando indagados sobre a rede de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas, logo após o CAPS, a maioria dos profissionais mencionava a emergência psiquiátrica.

Na prática cotidiana os profissionais de saúde, principalmente os ACS, se deparam constantemente com situações de uso /abuso de drogas, e quando conseguem estabelecer o

contato, oferecem os serviços da rede e, com o auxílio da equipe do NASF, encaminham o cliente para serviços de referência.

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

A concepção do cuidado de enfermagem na abordagem ao usuário de drogas, segundo o discurso das enfermeiras, tem como base o aconselhamento e o encaminhamento desses usuários aos serviços de referência da rede de atenção. Porém, segundo uma das enfermeiras entrevistadas, *“a unidade está acostumada a referenciar (os clientes) direto para o CAPSad, mas não tem um acompanhamento em si, como tem para os outros..., portadores de outras doenças. Não tem isso bem implementado, funcionando bem”*.

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

No contexto da APS, os profissionais de enfermagem são agentes-chave, pois além de serem integrantes das equipes de saúde da família, estão em constante contato com a população local, podendo facilitar a identificação de problemas bem como a abordagem sobre drogas de abuso (SPRICIGO et al., 2004). Devem desenvolver programas e projetos de promoção à saúde, prevenção do abuso de álcool e outras drogas, bem como projetos de integração social, com o intuito de minimizar os problemas que ocorrem na comunidade em decorrência do uso indiscriminado das drogas de abuso (GELBCKE; PADILHA, 2004).

Com relação aos profissionais de enfermagem que classificaram a rede Regular, observa-se a insatisfação com a quantidade de serviços assistenciais disponíveis no município, a dificuldade de acesso, a falta de um trabalho em rede e ausência de abordagens “criativas” que aumentem a adesão do usuário aos serviços.

*“Porque infelizmente os usuários de álcool e drogas estão aumentando a cada dia mais, e assim o que eles tem para oferecer hoje em dia são os CAPS, e quase todos que vão não retornam” (ACS - 1).*

*“[...] não esta bem estruturado, precisa aumentar o numero de serviços” (Enfermeira - 2).*

*“[...] o município tem uma estrutura ampla, mas ao mesmo tempo eu acho que esta começando a engatinhar no acolhimento desses usuários” (ACS - 6).*

*“A rede não é muito boa não, eu já vi casos ai, que só vai uma vez e depois esquece. Não tem muito o que cativa, né!”(ACS - 5).*

O contexto local do território vinculado à equipe de Saúde da Família também foi considerado como um argumento para a insatisfação com a rede municipal de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. No entanto, os profissionais criticavam a ausência de serviços próprios da Saúde Mental.

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

Para o melhor manejo da Saúde Mental na APS, incluindo os problemas relacionados ao uso/abuso de drogas, propõe-se um trabalho compartilhado de suporte às equipes de Saúde da Família por meio do desenvolvimento do apoio matricial em Saúde Mental, pelos profissionais do NASF (BRASIL, 2009). O apoio matricial do NASF não foi citado por nenhum profissional de enfermagem.

Uma das enfermeiras enfatizou a necessidade de uma maior articulação da rede de atenção, como alternativa para definir os papéis dos serviços da Rede, pois a atual forma de organização da atenção não está clara para os profissionais.

*“Não trabalha junto... não tem trabalho conjunto, todo mundo acha ‘esse não é meu serviço é do CAPS, ai o CAPS fala, esse serviço é da unidade básica’. Um empurra para o outro, e acaba o paciente ficando nesse meio e ninguém fazendo nada” (Enfermeira - 2).*

Os CAPS precisam ser problematizados diariamente. Se, num primeiro momento, ele surge como modelo de substituição ao paradigma asilar, laboratório vivo da Reforma Psiquiátrica, atualmente, espera-se mais dele. Não deve ser visto apenas como um lugar que trata, que se localiza na comunidade, que hospeda ou que deve prover os cuidados básicos ao indivíduo, como alimentação, medicação ou lazer (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010). Os CAPS devem constituir-se como um espaço indutor de novas práticas e posturas, assim como um articulador entre uma série de dispositivos responsáveis pelo tratamento e acompanhamento (BRASIL, 2004a, 2009).

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

*“Uma coisa que eu acho legal, a emergência psiquiátrica quando vai dar alta, mesmo que ela referência para um CAPS, que ela referencia para outro serviço, ela liga na unidade [...] ou manda via e-mail com o CID (classificação internacional de doença) certinho [...]”*(Enfermeira - 1).

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

*“Tem o atendimento do PSF que as enfermeiras encaminham para o CAPSad [...]”*(Auxiliar de enfermagem-1).

*“Aqui na unidade a gente tem oferecido tratamento, na questão do álcool. Mas eu vejo a dificuldade da população em aderir”*(ACS-6).

*“O que ta funcionando, é o grupo de tabagismo, tem uma fila grande de espera, já vários pacientes deixaram de fumar. Eu acho que o cigarro é um vício tão grande quanto às outras drogas e quanto ao álcool [...]”*(ACS-1).

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

### **A rede de atenção segundo profissionais de saúde da atenção primária**

Entre os demais profissionais da Unidade (n = 6), dois profissionais consideraram a rede de atenção à saúde de usuários de drogas Boa, dois a classificaram Regular, e dois não emitiram juízo de valor, alegando não conhecer a Rede por estar a pouco tempo no cargo.

Um dos médicos que consideraram a rede Boa concordou que o município disponibiliza de *“[...] diversas estâncias de atendimento, um bom local de atendimento especializado que é o CAPSad, que tem pessoal capacitado e psiquiatra. “(médico-1).* Entretanto, complementou que esses serviços desenvolvem um trabalho muito individual,

fechado dentro da sua própria instituição com pouca comunicação com os outros serviços da rede.

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

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

Outro médico ressaltou que o cenário atual da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas compreende *“um atendimento às expectativas do SUS... relacionado ao programa da Saúde da Família.” (médico-2)*. Mas, também complementou *“o tempo é insuficiente para atender mais um grupo específico que é o usuário de drogas”*. Para tanto ele apontou a necessidade de:

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

Experiências de ações em prevenção e assistência de usuários de álcool e outras drogas através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) apontam para a possibilidade de atuação deste profissional como articulador de projetos terapêuticos de caráter interdisciplinar e intersetorial junto às equipes de ESF (BRASIL, 2003, 2009). A realidade local da Unidade estudada mostra que o envolvimento dos profissionais do NASF com o enfrentamento do uso/abuso de drogas na comunidade ainda é tímido.

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

Os profissionais de saúde que classificaram a rede Regular, apresentaram como ponto de convergência nos discursos, a dificuldade do acesso aos dispositivos de tratamento e reabilitação devido às carências da população do bairro, e a insuficiência de serviços para atender essa demanda emergente.

*“[...] deveria ter um CAPSad em cada região, em cada bairro, até para facilitar para a pessoa ta indo, não tem transporte, até para um familiar ta indo com ele” (NASF - 3).*

*“Tem que ampliar para atingir todo mundo. Muitas vezes o paciente precisa se locomover até lá, e não tem recursos nem para pagar a passagem do ônibus e não acaba indo [...]” (NASF - 2).*

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

A oferta de atendimento na atenção primária à saúde é percebida como limitada, pois *“a unidade de saúde não tem estrutura para receber ainda esse tipo de pacientes” (NASF - 2)*. As atividades de prevenção e orientação às famílias e à comunidade, por meio de visitas domiciliares e palestras, mesmo incipientes, são realizadas sob o desafio da incompreensão profissional.

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

O profissional de saúde deve analisar a possibilidade de se criarem redes de solidariedade com as organizações governamentais e não governamentais para que as famílias ao conseguirem identificar seus problemas, aprendam a conhecer-se e ajudar-se mutuamente (ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

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

*“[...] o atendimento ambulatorial é muito difícil, quase impossível você tirar um ‘drogado’ ou um alcoólatra, é muito complicado, tem que ser em sistema fechado, e tirar o círculo de amizade [...] só com orientação eu acho muito difícil reverter” (Médico - 3).*

*“[...] é uma questão muito difícil, e tem essa questão da desmotivação ou do sentimento de impotência de mudar a realidade” (NASF - 1).*

A política de atenção integral de usuários de álcool e outras drogas brasileira tem o objetivo de estruturar e fortalecer uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, devidamente articulados à rede assistencial em Saúde Mental e ao

restante da Rede de Saúde, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004a).

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

## **REFLEXÕES FINAIS**

A estruturação da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas é um passo fundamental no processo de inclusão do usuário e conseqüente alcance do objetivo norteador das atuais políticas do Ministério da Saúde. Constatou-se que a Unidade de saúde em análise constitui na maior parte do tempo, um referenciador de pacientes, com escassez de atividades desenvolvidas na própria unidade, sendo o CAPSad e a emergência psiquiátrica os lugares mais citados pelos profissionais.

Os profissionais da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde, não visualizam o NASF como uma equipe especializada e com capacidade de atuação na questão do uso/abuso de drogas e atribuem grande importância aos dispositivos da rede de atenção, em detrimento de uma abordagem comunitária, centrada na família e apoiada por uma equipe matricial.

Os ACS procuram realizar o acolhimento dos indivíduos em uso/abuso de álcool e outras drogas da comunidade, oferecendo os serviços de referência da rede, mas no atendimento na própria Unidade as práticas são limitadas, com atividades de prevenção e promoção da saúde realizadas apenas por meio de palestras e práticas educativas.

Com relação ao profissional médico, percebe-se uma orientação biomédica do uso/abuso de drogas, cujo o enfoque na doença e no indivíduo são alicerces de uma ação educativa mediante a prescrição de condutas e orientações individuais das complicações do abuso destas substâncias, em que os dispositivos de assistência da rede atenção são supervalorizados em detrimento das práticas desenvolvidas na Unidade. Não desconsiderando a importância de tais intervenções, mas em se tratando de profissionais integrantes da ESF, espera-se uma orientação em igual importância para os aspectos preventivos e de promoção da saúde.



Os profissionais do NASF possuíam em comum a pouca inserção na comunidade, que pode acontecer em decorrência pouco tempo de trabalho na área de abrangência das equipes de Saúde da Família referenciadas matricialmente aos profissionais, ou pela rotatividade de profissionais neste grupo.

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

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

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 488-494, jul./set. 2007.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Programa de saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 144-149, 2006.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: CN-DST/AIDS, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes no Núcleo de Apoio a Saúde da Família: NASF**. Brasília, DF, 2009. Cadernos de Atenção Básica, n.27.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S.R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009.

GELBCKE, F. L.; PADILHA, M. I. C. S. O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n 13, v. 2, p 272-279, jun. 2004.

GONÇALVES, A. M. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: um desafio da prática do programa saúde da família**. 2002. 209 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Diretoria de Programas sobre Drogas. **Relatório circunstanciado sobre ações de prevenção e tratamento do uso de drogas na cidade de Maringá**. Maringá, 2010a.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretária de Saúde de Maringá. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Maringá, 2010b.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Maringá, 2010c.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. **Diagnóstico Social de Maringá**. Maringá, 2011a. Disponível em: <<http://www.kairos.srv.br/maringa>>. Acesso em: 10 out. 2011.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Planilha de metas e indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde: prioridades e objetivos**. Maringá, 2011b.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Diretoria de Programas sobre drogas. **Relação de providências tomadas referentes às propostas aprovadas na III e IV Conferência Municipal Sobre Drogas**. Maringá, 2011c. Ofício. 022/2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 2008.

PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Serviço substitutivo de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 28-35, jan./mar. 2010.

PINI, J. S. **Saúde mental na atenção básica**: atuação das equipes na estratégia saúde da família. 2009. 103 f. Dissertação (Mestrado)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M. L. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 4, p. 581-586, 2010.

SPRICIGO, J. S.; CARRARO, T. E.; CARTANA, M. H. F.; REIBNITZ, K. S. Atenção ao usuário de drogas: um espaço para o enfermeiro. **Rev Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis/SC, v. 13, p. 296-302, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ten recommendations for action**. Genebra, 2002.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa resultou em quatro níveis de informação: (1) estudo crítico reflexivo sobre políticas públicas de enfrentamento do uso de drogas de abuso no país, realizado por meio de análise documental e bibliográfica; (2) informações sobre a rede municipal de saúde de Maringá, principalmente no campo da assistência a usuários de álcool e outras drogas, com dados relativos aos anos de 2000 à 2011, discutindo o papel do contexto externo na implantação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas no município de Maringá; (3) avaliação do grau de implantação das diretrizes Intersetorialidade, Prevenção de Agravos, e Promoção e Proteção à Saúde, por meio de abordagem aos usuários potenciais do Documento, considerando, principalmente, o contexto organizacional – estrutura da Unidade e processo de trabalho das equipes; e (4) percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência a usuários de álcool e outras drogas na Atenção Primária à Saúde, informada por meio de entrevista e observação, realizadas em 2011.

A reflexão sobre a evolução das políticas de enfrentamento do consumo de álcool e outras drogas de abuso na sociedade brasileira, mostrou o amadurecimento ideológico que serviu de alicerce para fundamentar as políticas públicas no último século. Observou-se que foram muitos os avanços referentes ao manejo do uso de álcool e outras drogas, porém ainda muito precisa ser feito. Apesar da assimilação do uso/abuso de drogas como um problema de Saúde Pública e não exclusivamente pertencente ao âmbito da Segurança Pública e Justiça, ainda prevalece na sociedade brasileira um espécie de “*narcoterrorismo*”.

A análise do contexto externo, evidenciou que o município vem empregando esforços para consolidar a atenção primária saúde à saúde como um campo para ações direcionadas ao enfrentamento do uso de álcool e outras drogas, com várias iniciativas no aspecto Político Institucional. A elaboração de projetos voltados para a melhoria da acessibilidade no âmbito municipal pode reduzir a baixa adesão dos pacientes na condução das ações de tratamento e reinserção social.

As ações de enfrentamento do uso de drogas de abuso pelas equipes da UBS estudada são desenvolvidas em conformidade parcial com o documento do Ministério da Saúde, com necessidade de fortalecimentos de um trabalho em rede, incremento de ações intersetoriais e definição institucional do papel da atenção primária na rede de atenção na Saúde Mental. Os itens facilitadores encontrados foram o incentivo a capacitação dos profissionais e o (re)conhecimento do papel da UBS pela população. As dificuldades são a limitação de

infraestrutura e de recursos humanos, a falta de instrumentalização para planejamento e para a prática profissional nos cursos de capacitação, e a dificuldade de contato para a abordagem dos usuários, principalmente em uso abusivo de álcool.

Evidenciou-se, no contexto organizacional, a necessidade de fortalecimento do trabalho em rede na atenção em saúde, incremento das ações intersetoriais e a determinação operacional do papel dos profissionais da atenção primária na rede de atenção em Saúde Mental, melhorando as ações nos aspectos da Organização da Atenção e da Integralidade do Cuidado.

Concluiu-se que, de forma global, o grau de implantação das diretrizes avaliadas foi insatisfatório, com percentual de concordância de 66,9% e variação de 65,6% para a diretriz Prevenção de Agravos e de 68,3% para a diretriz Promoção e Proteção à Saúde.

A avaliação do grau de implantação segundo os gestores e as categorias profissionais revelou variações. Para os gestores e os profissionais de saúde do NASF, o grau de implantação foi considerado aceitável – percentual de concordância de 91,5% e 80,5%, respectivamente. Porém para os profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família, executores diretos do cuidado, o grau de implantação foi insatisfatório, com percentual de concordância de 60,4%.

Um estudo de caso único pode não servir de modelo ou para generalizações, mas tem virtudes como elemento de reflexão e fomentador de debates. As experiências observadas na unidade de análise servirão de contraponto para o diálogo entre os vários serviços que compõem a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

Também, a existência de relativa rotatividade entre os profissionais da atenção primária à saúde também foi considerado um fator limitador do estudo, pois o pouco tempo de atividade em conjunto com a equipe e com a comunidade pode ter influenciado o conteúdo das respostas. A incipiência no cargo/função muitas vezes foi justificativa para respostas de cunho pessoal, desvinculadas da realidade local.

O processo de trabalho pode ter prejudicado a obtenção de informações dos profissionais da atenção primária a saúde. A unidade de saúde pesquisada possuía uma demanda muito alta de pessoas durante todo o dia, desta forma, mesmo concordando em participar da pesquisa, alguns profissionais forneciam informações breves e sucintas quando indagados, para poderem voltar as suas atividades o mais rápido possível.

Os resultados apontam a necessidade de estudos ampliados, que possam subsidiar o aperfeiçoamento da atenção à Saúde Mental no sistema local de saúde, e que possam analisar, entre outros aspectos, o papel dos diferentes equipamentos de saúde que compõem a rede de saúde, considerando que a atenção integral é constituída por um conjunto de dispositivos intersetoriais, aperfeiçoando a atenção em Saúde Mental em Maringá-Paraná.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p.1727-1742, ago. 2008.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discurso político, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.
- BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 488-494, jul./set. 2007.
- BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Programa de saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 144-149, 2006.
- BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 261-266, 2007.
- BERNARDI, A. P. et al. Intersetorialidade: um desafio de gestão em Saúde Pública. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.1, n. 1, p. 137-142, 2010.
- BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, 2010.
- BRASIL. Lei nº 5.726 de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 8769, 1 nov. 1971. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1971/5726.htm>>. Acesso em: 18 nov. 2011.
- BRASIL. Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1976. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1976/6368.htm>>. Acesso em: 18 nov.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

BRASIL. Decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 nov. 2002a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2011.

BRASIL. Lei nº 10.409 de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jan. 2002b. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327008.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: CN-DST/AIDS, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2006a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006b. Série Pactos pela Saúde, v. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190**, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)>. Acesso em: 12 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.226**, de 18 de setembro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/fafweb>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes no Núcleo de Apoio a Saúde da Família**: NASF. Brasília, DF, 2009c. Cadernos de Atenção Básica, n.27.

BRASIL. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 7179, 21 maio 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2011.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S.R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

CAMPOS, D. A.; REIS, L. N.; GHERARDI-DONATO, E. C. S. Da formação a prática profissional no PSF: o nó do trabalho multiprofissional. **Revista Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 70-74, 2010.

CAPOZZOLI, U. Demandas da mente humana. **Scientific American International**, Canadá, no. 38, p.7-9, 2010.

CARLINI, E. A. Drogas, delírio, ilusão e alucinação. **Scientific American International**. Canadá, no. 38, p. 10-13. 2010.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C.; SILVA, A. A. B.; NOTO, A. R.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A.; MOURA, Y. G.; SANCHEZ, Z. V. D. M. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: Cebrid: Unifesp, 2006.

CARLINI, E. A.; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista do IMESC**, São Paulo, v. 3, p. 9-35. 2001.

CAVALCANTI, M. M. A. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais**: uma abordagem conceitual. Disponível em: <<http://interfacesdesaberes.fafica.com/seer/ojs/include/getdoc.php?id=34&article=24&mode=pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. **Drogas Psicotrópicas**. São Paulo, 2003.

CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS (Brasil). Gabinete de segurança institucional.. **Política nacional sobre drogas**. Brasília, DF, 2005.



CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais á prática na análise de implementação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

COSENDEY, M. A. E.; HARTZ, Z. M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 395-406, mar./abr. 2003.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009.

DONABEDIAN, A. Criteria norms and standards of quality: what do they mean? **American Journal of Public Health**, Boston, v. 71, no. 4, p. 409-412, Apr. 1981.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2008.

EXWORTHY, M.; BLANE, D.; MARMOT, M. Tackling health inequalities in the United Kingdom: the progress and pitfalls of policy. **Health Service Research**, London, v. 38, no. 6, p. 1905-1921, 2003.

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação da efetividade da Atenção Básica a Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 159-172, 2008. Suplemento 1.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FERREIRA, P. S. **Percebendo a experiência dos coordenadores na implantação de serviços abertos em álcool e outras drogas**. 2004. 142 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FORTES, F. A. P. **A repressão e a proibição ao comércio de “drogas ilícitas”**: uma análise a partir do inc. xliii do art. 5º da constituição federal. 2010. 220 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

GALDURÓZ, J. C. F. Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recente. In: \_\_\_\_\_. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 4. ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD, 2011. p. 56-72.

GELBCKE, F. L.; PADILHA, M. I. C. S. O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n 13, v. 2, p 272-279, jun. 2004.

GONÇALVES, A. M. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas**: um desafio da prática do programa saúde da família. 209 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-61.

HARZHEIM, E. (Coord.). **Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília, DF: OPAS, 2011.

HOUAISS, A. **Dicionário de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva. 2007.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 1 jul. 2010.

INOJOSA, R. M.; JUNQUEIRA, L. A. P. **O movimento do setor saúde e o desafio da intersectorialidade**. Publicação 20 anos da Fundap, 1997.

LIMA, A. L. G. S.; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1037-1051, 2003.

LORENZO, C. Vulnerabilidades em saúde pública: implicações para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, DF, v. 2, n. 3, p. 299-231, 2006.

LOWI, T. Four systems of policy and choice. **Public Administration Review**, Washington, DC, v. 32, no. 4, p. 298-310, 1972.

LUCCHESI, P. T. R. (Coord.). AGUIAR, D. S. ; WARGAS, T.; LIMA, L. D.; MAGALHÃES, R.; MONERAT, G. L. **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Lei n. 5375/2001. **Institui no município de Maringá o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD)**. 2001. Disponível em: <[http://sapl.cmm.pr.gov.br:8080/sapl\\_documentos/norma\\_juridica/7025\\_texto\\_integral](http://sapl.cmm.pr.gov.br:8080/sapl_documentos/norma_juridica/7025_texto_integral)>. Acesso em: 23 jul. 2010.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Diretoria de Programas sobre Drogas. **Relatório circunstanciado sobre ações de prevenção e tratamento do uso de drogas na cidade de Maringá**. Maringá, 2010a.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretária de Saúde de Maringá. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Maringá, 2010b.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Maringá, 2010c.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. **Diagnóstico Social de Maringá**. Maringá, 2011a. Disponível em: <<http://www.kairos.srv.br/maringa>>. Acesso em: 10 out. 2011.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Planilha de metas e indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde: prioridades e objetivos.** Maringá, 2011b.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência social e Cidadania. Diretoria de Programas sobre Drogas. **Relação de providências tomadas referentes às propostas aprovadas na III e IV Conferência Municipal Sobre Drogas.** Maringá, 2011c. Ofício. 022/2011.

MENDONÇA, R. C. T. **Da inserção das pessoas portadoras de deficiência no mercado de trabalho.** 2003. Disponível em: <[http://www.vemconcursos.com/opiniaio/index.phtml?page\\_id=1284](http://www.vemconcursos.com/opiniaio/index.phtml?page_id=1284)>. Acesso em: 5 jul. 2010.

MINAYO, Cecília. Sobre a toxicomania da sociedade. In: BAPTISTA, Marcos et al. (Org.). **Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito.** Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2003. p. 13-32.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 2008.

MINTO, E. C. et al. Intervenção breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiologia Serviço Saúde**, Brasília, DF, v. 16, n. 3, p. 201-220, jul./set. 2007.

MOMBELLI, M. A.; MARCON, S. S.; COSTA, J. B. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 5, p. 735-740, 2010.

MORAES, M. M. O modelo de atenção á saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2005.

MORETTI-PIRES, R. O.; CARRIERI, C. G.; CARRIERI, G. G. O estado frente a temática das drogas lícitas e ilícitas: avanços na nova legislação e desafios frente ao Sistema Único de Saúde (SUS). **SMAD: Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 1-9 2008.

NICASTRI, S. **Drogas: classificação e efeitos no organismo.** In: *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.* 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça. Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD, 2011. p. 17-40.

OEDT. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. Relatório Anual 2009: a evolução do fenômeno da droga na Europa. In: \_\_\_\_\_. **Novas drogas e tendências emergentes.** Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Européia, 2009. cap. 8. Disponível em: <[http://www.emcdda.europa.eu/...cfm/att\\_37253\\_PT\\_ar2004-pt1.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_37253_PT_ar2004-pt1.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2010.

OLIVEIRA, M. L. F.; ARNAUTS, I. Intoxicação alcoólica em crianças e adolescentes: dados de um centro de controle de assistência toxicológica, **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 83-89, 2011.

OLIVEIRA, M. A. et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/Aids no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1429-1439, set./out. 2002.

PEREIRA, M. A. O.; BARBIERI, L.; PAULA, V. P.; FRANCO, M. S. P. Saúde mental no programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 567-572, 2007.

PEREIRA, O. Políticas públicas e coesão social. Estudios Económicos de Desarrollo Internacional. **Asociación Euro-Americana de Estudios de Desarrollo Económico: AEEADE**, Santiago de Compostela, v. 5, n. 2, v. 5, p. 123-142, 2005.

PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Serviço substitutivo de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 28-35, jan./mar. 2010.

PINI, J. S. **Saúde mental na atenção básica**: atuação das equipes na estratégia saúde da família. 2009. 103 f. Dissertação (Mestrado)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

RABELO, J. F.; FARIA, S. T.; BERNARDY, C. C. F, OLIVEIRA, M. L. F. Drogas ilícitas: registros de um centro de informação e assistência toxicológica do município de Maringá, PR, 2004-2005. **Arquivos Ciências da Saúde Unipar**, Umuarama, v.11, n. 2, p. 77-81, ago. 2007.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B. Política de saúde para a atenção integral a usuários de drogas. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) (Org.). **Prevenção ao uso indevido de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 4. ed. Brasília, DF: SENAD, 2011. p. 237-252.

ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M. L. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 4, p. 581-586, 2010.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. **Evaluation, a systematic approach**. Beverly Hills: Sage Publications, 2004.

SAMORINI, G. **Animals And Psychedelics**: The Natural World & The Instinct To Alter Consciousness. Rochester, Vermont: Park Street, 2002.

SANTOS-JUNIOR, J. G.; COELHO, C. T.; FILEV, R.; COELHOSO, C. C.; SILVEIRA, D. X.; CARVALHO, T. N. Endocarbinóides e Maconha: parecidos mas diferentes. **Scientific American International**, London, n. 38, p. 14-21, 2010.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p.707-717, 2005.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet- Brasil**, p. 61-74. 2011

SCOCHI, M. J. (Coord.). **Estudo de Linha de Base em 20 Municípios da Região Sul na Implantação do Proesf**: avaliando a atenção básica. Maringá: EdUEM, 2007.

SEIBEL, S. Equilíbrio Precário no Uso das Pedras. **Scientific American International**. no. 38, p. 22-31, 2010.

SIEGEL, R. K. **Intoxication**: The Universal Drive for Mind-Altering Substances. Rochester, Vermont: Park Street, 2005.

SILVA, M. O. S. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: SILVA, M. O. S. et al. (Coord.). **Pesquisa Avaliativa**: aspectos teóricos e metodológicos. São Paulo: Veras Editora; São Luis: GAEPP, 2008. p. 89-178.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, L. G. S.; MENANDRO, M. C. S. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. **Physis** [online], [S.l.], v. 21, n. 2, 2011.

SPRICIGO, J. S.; CARRARO, T. E.; CARTANA, M. H. F.; REIBNITZ, K. S. Atenção ao usuário de drogas: um espaço para o enfermeiro. **Rev Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis/SC, v. 13, p. 296-302, 2004.

STAMM, M.; BRESSAN, L. Consumo de Álcool Entre Estudantes do Curso de Enfermagem de um Município do Oeste Catarinense. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 319-324, jul./set. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

TOMASI, E. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 193-201, 2008. Suplemento 1.

UNIAD. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. **Número de presos com drogas cresce 200% em dois anos; crack é o maior problema**. Disponível em: <[http://www.uniad.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1559:numero-de-presos-com-drogas-cresce-200-em-dois-anos-crack-e-o-maior-problema&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94](http://www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1559:numero-de-presos-com-drogas-cresce-200-em-dois-anos-crack-e-o-maior-problema&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94)>. Acesso em: 1 jul. 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drugs Report 2010**. Disponível em: <[http://www.unodc.org/documents/frontpage/UNODC\\_Annual\\_Report\\_2010\\_LowRes.pdf](http://www.unodc.org/documents/frontpage/UNODC_Annual_Report_2010_LowRes.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2010.

WEIL, A. **The Natural Mind**: a revolutionary approach to the drug problem. Boston: Houghton Mifflin, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ten recomendations for action**. Genebra, 2002.

WRIGHT, M. G. M.; CHISMAN, A. N. G. A Saúde Internacional, o fenômeno das drogas e a profissão de enfermagem na América Latina. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 264-271, 2004.

WRIGHT, M. G. M. La contribucion de la enfermeria frente al fenomeno de las drogas y la violencia en america latina: un proceso de construccion. **Ciencia y Enfermeria**, [online], Concepcion, 2002, v. 8, n. 2, p. 9-19, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532002000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200002&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 2 nov. 2011.

YIN, R. K. Discovering the future of the case study method in evaluation research. **Evaluation Practice**, London, v.15, no. 3, p. 283-290, 1994.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

**Título da Pesquisa:** Avaliação da Implantação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas: um estudo de caso

**Objetivo:** Observar a dinâmica de funcionamento, as características dos atendimentos e das interações sociais e as condições das instalações físicas das unidades de saúde.

#### IDENTIFICAÇÃO DA OBSERVAÇÃO

Local observado: \_\_\_\_\_

Data/hora da observação: \_\_\_\_\_

Tempo de observação: \_\_\_\_\_

#### PANORAMA GERAL DA UNIDADE

- Análise da estrutura da unidade (distribuição das salas, estrutura física, acesso, etc)
- Recursos materiais (equipamentos, mobília, etc)
- Recursos humanos (absenteísmo, afastamentos, uso de uniformes, e etc.)
- Conforto e características das instalações (piso, ventilação, iluminação, tamanho, etc)

#### CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO

- Como é o atendimento (demanda espontânea, agendamento, ordem prioridade, etc)
- Atendimentos disponíveis, responsáveis pela sua execução, e a clientela assistida
- Atividades e programas desenvolvidos na unidade
- Aspectos burocráticos (tipo de prontuário, protocolos, etc)

#### OBSERVAÇÃO DAS INTERAÇÕES

- Relacionamento interpessoal entre os profissionais
- Relacionamento interpessoal entre profissional e usuário.
- Vínculo com a comunidade
- Valorização e participação do usuário

#### ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

- Capacitação e treinamentos
- Planejamento
- Distribuição de tarefas
- Trabalho em equipe
- Repasse de informações



## APÊNDICE B

### QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA – GESTORES

**Título da Pesquisa:** Avaliação da Implantação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas: um estudo de caso

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: [ ] M [ ] F      Idade: [ ]

Formação profissional: \_\_\_\_\_ cargo: \_\_\_\_\_

Tempo no cargo: \_\_\_\_\_

N.º de horas contratadas por semana: \_\_\_\_\_

Quantas horas por dia trabalha aqui? \_\_\_\_\_

Quantos dias por semana trabalha nessa unidade? \_\_\_\_\_

Experiência anterior: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### **I - CONHECENDO A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.**

1. Você conhece o documento da *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuário de Álcool e Outras Drogas*? Caso sim, como a entende e qual a sua opinião sobre ela?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### **II – INTERSETORIALIDADE**

1. Existe articulação de ações de enfrentamento do uso de drogas de abuso com outros setores da administração pública municipal (Educação, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública, etc.)? Cite esses espaços de articulação?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. Existe a participação de representantes da sociedade civil, organizações comunitárias, na construção nas ações de enfrentamento do uso de drogas de abuso? Cite esses espaços de participação?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. Você procura incentivar/disponibilizar financiamento para ações de enfrentamento do consumo de drogas de abuso?

---



---



---



---



---

4. Você incentiva o desenvolvimento de ações em conjunto com instituições de ensino e pesquisa (universidades, grupo de pesquisas, etc.) no município, visando aprimorar as ações de enfrentamento do uso de álcool e outras drogas em nível local?

---



---



---



---



---

### **III - ATENÇÃO INTEGRAL – PREVENÇÃO DE AGRAVOS**

1. Você conhece o conceito de redução de danos? Caso sim, a redução de danos esta entre as ações preventivas de enfrentamento do uso de álcool e outras drogas no seu município? Quais essas estratégias?

---



---



---



---



---

2. Você instrumentaliza os profissionais da atenção primária à saúde para atuarem no enfrentamento do uso de drogas de abuso por meio de capacitações?

---



---



---



---



---

3. Você procura incentivar o desenvolvimento de ações de enfrentamento do uso de drogas de abuso em comunidade socialmente prioritárias, visando fortalecer os fatores de proteção e reduzir os fatores de vulnerabilidade e risco específicos?

---



---



---



---



---

4. A prevenção do consumo de álcool e outras drogas esta inserida nas estratégias de promoção da saúde desenvolvidas no seu órgão de atuação?

---

---

---

---

---

#### **IV - ATENÇÃO INTEGRAL: PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE**

1. Você incentiva a assistência de indivíduos usuários de drogas de abuso na atenção primária à saúde?

---

---

---

---

---

2. Os serviços disponíveis para atenção a usuário de álcool e outras drogas no município trabalham em rede? Se sim, como? Se não, por quê?

---

---

---

---

---

3. Os serviços de saúde de atenção a usuários de álcool e outras drogas existentes no município são acessíveis/suficientes para oferecer cobertura à demanda por procura da população do município? Quais são insuficientes?

---

---

---

---

---

4. Você procura envolver/abordar a família como um todo nas ações de enfrentamento ao consumo de drogas de abuso desenvolvidas pelo seu órgão de atuação?

---

---

---

---

---

---

**Assinatura do entrevistado**

---

**Assinatura do entrevistador**

## QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**Título da Pesquisa:** Avaliação da Implantação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas: um estudo de caso

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: [ ] M [ ] F      Idade: [ ]

Formação profissional: \_\_\_\_\_ cargo: \_\_\_\_\_

Tempo no cargo: \_\_\_\_\_

N.º de horas contratadas por semana: \_\_\_\_\_

Quantas horas por dia trabalha aqui? \_\_\_\_\_

Quantos dias por semana trabalha nessa unidade? \_\_\_\_\_

Experiência anterior: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **I - CONHECENDO A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.**

1. Você conhece o documento da *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuário de Álcool e Outras Drogas*? Caso sim, como a entende e qual a sua opinião sobre ela?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **II - INTERSETORIALIDADE**

1. Existe articulação de ações de enfrentamento ao consumo de drogas de abuso com outros setores da administração pública municipal no seu território de abrangência? (Educação, Assistência Social, Segurança Pública, Justiça, etc.). Se sim, de que forma?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Existe articulação de ações de enfrentamento ao consumo de drogas de abuso com organizações sociais da comunidade? (associação de moradores, igrejas, grupo filantrópicos e/ou religiosos, empresa, e outros). Se sim, de que forma?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. As propostas de enfrentamento ao consumo de drogas de abuso desenvolvidas em sua unidade de saúde obtêm apoio financeiro dos gestores municipais?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Existe o desenvolvimento de ações de enfrentamento ao consumo de drogas de abuso em conjunto com instituições de ensino e pesquisa (universidades, grupos de pesquisa, centros de capacitação) em sua unidade de saúde?

---

---

---

---

---

---

### **III - ATENÇÃO INTEGRAL – PREVENÇÃO DE AGRAVOS**

1. Você conhece o conceito de redução de danos? Se sim, a redução de danos esta entre as ações estratégicas da sua equipe para ao enfrentamento do uso de álcool e outras drogas em sua área de abrangência? Quais essas estratégias?

---

---

---

---

---

---

2. Você obteve capacitação profissional específica para atuar no enfrentamento do consumo de drogas de abuso? Se sim, comente.

---

---

---

---

---

---

3. Você busca fortalecer os fatores de proteção para redução da iniciação do consumo? (Ex. valorização da infância, intensificar boa convivência família, incentivar participação em atividades recreativas, profissionais, religiosas, etc.)?

---

---

---

---

---

---

4. Você elabora abordagens educativas/preventivas sobre álcool e outras drogas para todos os membros da comunidade como também para os grupo populacionais mais vulneráveis (adolescentes, crianças)? Pode citar exemplos?

---

---

---

---

---

---

**IV - ATENÇÃO INTEGRAL: PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE**

1. Existe a assistência aos indivíduos usuário de droga de abuso na unidade de saúde?

---

---

---

---

---

2. É realizado acompanhamento do indivíduo usuário de drogas de abuso pela equipe após encaminhamento para outros níveis de atenção?

---

---

---

---

---

3. Você busca facilitar o acesso ao serviço de saúde e à rede de suporte social para indivíduos usuários de álcool e outras drogas? Se sim, de que forma?

---

---

---

---

---

4. Você procura desenvolver um trabalho de enfrentamento ao consumo de drogas de abuso junto as famílias ?

---

---

---

---

---

---

**Assinatura do entrevistado**

---

**Assinatura do entrevistador**

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da Implantação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas: um estudo de caso

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: [ ] M [ ] F      Idade: [ ]

Formação profissional: \_\_\_\_\_ cargo: \_\_\_\_\_

1. Como você considera a atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços de saúde no município de Maringá?
  
2. Exemplifique os desafios e os êxitos na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços de saúde no município de Maringá?

#### **PERCEPÇÃO PESSOAL DA REDE MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

---

1. De uma nota (1 à 10) para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços de saúde no município de Maringá.

Sendo:

10 - 9 = ótimo

8 - 7 = bom

6 - 5 = regular

4 - 3 = ruim

2 - 1 = péssimo

**NOTA:** \_\_\_\_\_





## APÊNDICE E

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA COM GESTORES

Esta pesquisa faz parte de um trabalho de Dissertação de Mestrado e tem como título: **Avaliação da Implantação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas: um estudo de caso.** Convidamos você a participar deste estudo orientado pela Prof<sup>ª</sup>. Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. O presente estudo objetiva avaliar a implantação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas na atenção primária à saúde. Acreditamos que conhecendo melhor estes aspectos, poderemos auxiliar os profissionais das equipes de saúde da família e gestores a oferecer um cuidado mais integral, equânime e de qualidade para os indivíduos usuários de álcool e outras drogas de abuso, que englobe também toda a sua família, adequando a assistência conforme as suas reais necessidades. Para isso a sua participação é muito importante, e se dará, caso aceite o estudo, por meio de um questionário auto aplicável com apenas duas questões gravada. As informações prestadas por você, serão mantidas em segredo e somente serão utilizadas para essa pesquisa, sendo descartadas ao final da pesquisa. Seu nome verdadeiro não será citado e se não quiser responder a alguma pergunta, não será obrigado. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final será divulgado em uma banca de defesa pública de dissertação de mestrado, revistas e/ou apresentado em encontros científicos. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo algum para você. Poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que você seja prejudicado por isso, e se tiver alguma dúvida, poderá perguntar ou entrar em contato conosco através do endereço e/ou telefone abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Obrigada pela colaboração. Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação nesta pesquisa orientada pela Prof<sup>ª</sup>. Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo com minha participação no estudo e estou ciente de que estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar, sem nenhuma espécie de prejuízo. Recebi uma cópia deste documento, assinada pelas pesquisadoras responsáveis, e tive a oportunidade de discuti-lo com as mesmas.

Maringá, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisado

**Eu, \_\_\_\_\_, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo supra-nominado.**

**Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com a pesquisadora, conforme o endereço abaixo:**

Jessica Adrielle Teixeira Santos. Enfermeira. Acadêmica de Mestrado. Fone: (44) 8825-5003.  
Endereço: R.Osvaldo Cruz, 303, Zona 07, CEP: 87020-200 –Maringá- PR.

**Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:**

COPEP/UEM  
Universidade Estadual de Maringá.  
Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.  
Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.  
CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444  
E-mail: copep@uem.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA  
COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Esta pesquisa faz parte de um trabalho de Dissertação de Mestrado e tem como título: **Avaliação da Implantação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas: um estudo de caso**. Convidamos você a participar deste estudo orientado pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. O presente estudo objetiva avaliar a implantação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas na atenção primária à saúde. Acreditamos que conhecendo melhor estes aspectos, poderemos auxiliar os profissionais das equipes de saúde da família e gestores a oferecer um cuidado mais integral, equânime e de qualidade para os indivíduos usuários de álcool e outras drogas de abuso, que englobe também toda a sua família, adequando a assistência conforme as suas reais necessidades. Para isso a sua participação é muito importante, e se dará, caso aceite o estudo, por meio de um questionário auto aplicável com apenas duas questões gravada. As informações prestadas por você, serão mantidas em segredo e somente serão utilizadas para essa pesquisa, sendo descartadas ao final da pesquisa. Seu nome verdadeiro não será citado e se não quiser responder a alguma pergunta, não será obrigado. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final será divulgado em uma banca de defesa pública de dissertação de mestrado, revistas e/ou apresentado em encontros científicos. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo algum para você. Poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que você seja prejudicado por isso, e se tiver alguma dúvida, poderá perguntar ou entrar em contato conosco através do endereço e/ou telefone abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Obrigada pela colaboração. Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação nesta pesquisa orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo com minha participação no estudo e estou ciente de que estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar, sem nenhuma espécie de prejuízo. Recebi uma cópia deste documento, assinada pelas pesquisadoras responsáveis, e tive a oportunidade de discuti-lo com as mesmas.

Maringá, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisado

**Eu, \_\_\_\_\_, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo supra-nominado.**

**Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com a pesquisadora, conforme o endereço abaixo:**

Jessica Adrielle Teixeira Santos. Enfermeira. Acadêmica de Mestrado. Fone: (44) 8825-5003.

Endereço: R.Osvaldo Cruz, 303, Zona 07, CEP: 87020-200 –Maringá- PR.

**Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:**

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br


**ANEXO**

## ANEXO A

Page 1 of 1


**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ**  
 CI On-Line

<http://intranet.maringa.pr.gov.br>

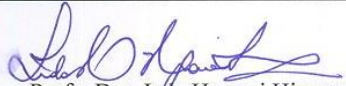
<b>ORIGEM:</b> NELLY LOPES DE MORAES GIL (SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)	<b>DESTINO:</b> LEIDA MARIA RISSARDO (SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)	<b>LOCAL ATUAL :</b> LEIDA MARIA RISSARDO (SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)	<b>CI-Nº</b> <b>2011017164</b>
			<b>DATA</b> 14/04/2011 14:33
<b>ASSUNTO:</b> Realização de pesquisa			
<p>Prezada Diretora</p> <p>Informamos que a partir do dia 25/04/11, a acadêmica do curso de Mestrado em Enfermagem/UEM, Jéssica Adrielle Teixeira Santos estará iniciando em vossa UBS, a pesquisa "Avaliação da implantação da política de atenção integral a usuário de álcool e outras drogas: um estudo de caso".</p> <p>Informamos ainda que a referida pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê Avaliador de Pesquisa instituído pela Portaria/Saúde nº 01/2010 e aprovada pelo COPEP nº 102/2011.</p> <p>Salientamos que a referida aluna estará primeiramente realizando um período de adaptação onde exporá a metodologia que será empregada em sua pesquisa.</p> <p>Estamos à disposição para maiores esclarecimentos.</p> <p>Atenciosamente</p> <p>Márcia de Fátima Serra</p> <p>CIENTE: JOSÉ ORLANDO BENEDETTI VILLA Moderado em 14/04/2011 14:53</p> <p> <b>NELLY LOPES DE MORAES GIL</b> SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Endereço eletrônico: nellygil@maringa.pr.gov.br</p> <p><i>Esta mensagem é oficial, conforme Decreto Municipal 291/2004 de 01 de março de 2004. Tem caráter confidencial e seu conteúdo, incluindo seus anexos, tem caráter institucional e é restrito ao(s) seu(s) destinatário(s)</i></p>			



Universidade Estadual de Maringá  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

CAAE Nº 0060.0.093.000-11

PARECER Nº102/2011

<b>Pesquisador(a) Responsável:</b> Magda Lúcia Félix de Oliveira	
<b>Centro/Departamento:</b> CCS/Departamento de Enfermagem	
<b>Título do projeto:</b> Avaliação da implantação da política de atenção integral a usuário de álcool e outras drogas: um estudo de caso.	
<p><b>Avaliação do Protocolo de Pesquisa:</b></p> <p>Trata-se de pesquisa do Grupo III, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, com o objetivo de avaliar a implantação da política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde, proposta pelo Ministério da Saúde. Para tanto, pretende entrevistar os gestores do Programa Saúde da Família no Município de Maringá-PR.</p> <p>Apresenta cronograma compatível com o desenvolvimento da pesquisa, com coleta de dados prevista para maio de 2011. O orçamento envolve gastos na ordem de R\$ 457,00, sob a responsabilidade da pesquisadora.</p> <p>A pesquisadora obteve autorização favorável da Secretaria Municipal de Saúde – Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde, por intermédio de sua coordenadora.</p> <p>O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atende às disposições da Resolução 196/1996-CNS. Contudo, recomenda-se a inclusão do nome e forma de contato da orientadora da pesquisa no TCLE.</p> <p>Ante o exposto, o COPEP é de parecer pela aprovação do protocolo de pesquisa na forma em que ora se apresenta.</p>	
<b>SITUAÇÃO:</b> APROVADO	
<b>CONEP:</b> ( X ) para registro ( ) para análise e parecer	<b>Data:</b> 1/4/2011
<b>Relatório Final para Comitê:</b> ( ) Não ( X ) Sim	<b>Data:</b> 1/3/2012
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 213ª reunião do COPEP em 1/4/2011.	 Profa. Dra. Ieda Harumi Higarashi <b>Presidente do COPEP</b>