

## SAÚDE MENTAL E REDUÇÃO DE DANOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONCEPÇÕES E AÇÕES<sup>1</sup>

Alúcio Ferreira de Lima <sup>2 3</sup>, Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-9747-4701>

Pedro Renan Santos de Oliveira <sup>4</sup>, Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-6308-3227>

Stephanie Caroline Ferreira de Lima <sup>3</sup>, Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3970-2726>

**RESUMO.** O objetivo deste artigo é apresentar as concepções e ações de saúde mental dos trabalhadores dos Núcleos de Atenção em Saúde da Família (NASF) da cidade de Fortaleza-Ceará, sobretudo as intervenções realizadas nos casos problemáticos de crack, álcool e outras drogas na Atenção Primária em Saúde (APS). Para tanto, fez-se uso de entrevista semiestruturada, composta por cinco partes: 1) perfil profissional dos entrevistados; 2) concepções morais; 3) conhecimentos sobre drogas; 4) ações de Redução de Danos (RD); 5) percepções do entrevistador. Os dados foram submetidos a uma análise descritiva por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), v. 20. Os resultados assinalaram a coexistência de concepções morais e tradicionais, orientadoras e mantenedoras de modelos moral e médico, que dificultam a adoção de uma atuação voltada para a RD e faz com que estes profissionais assumam posicionamentos que descaracterizam e impeçam o desenvolvimento de ações de RD nos serviços.

**Palavras-chave:** Núcleos de atenção em saúde da família; redução de danos; psicologia social.

## MENTAL HEALTH AND HARM REDUCTION IN PRIMARY CARE: CONCEPTIONS AND ACTIONS

**ABSTRACT.** The aim of this article was to present the conceptions and actions of mental health of the workers of the Family Health Attention Center (NASF) of the city of Fortaleza (State of Ceará) in the field of Mental Health. Particularly, with regard to the interventions carried out in the problem cases of use of crack, alcohol and other drugs in the Primary Health Care (PHC). To do so, a semi-structured interview was applied, composed of five sections: 1) Professional profile of interviewees; 2) Moral Conceptions; 3) Knowledge about Drugs; 4) Harm Reduction (HR) Actions; 5) Perceptions of the interviewer. Descriptive data analysis was performed using the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), v. 20. The results reflect the coexistence of moral and traditional conceptions, guiding and sustaining moral values and medical models, making difficult the adoption of a HR orientation.

**Keywords:** Family health attention center; harm reduction; social psychology.

<sup>1</sup> Apoio e financiamento: CNPq (Bolsa de Produtividade em Pesquisa - PQ2 para o primeiro autor); CAPES (Bolsa de Mestrado da terceira autora).

<sup>2</sup> E-mail: [aluisiolima@hotmail.com](mailto:aluisiolima@hotmail.com)

<sup>3</sup> Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-CE, Brasil.

<sup>4</sup> Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza-CE, Brasil.



## SALUD MENTAL Y REDUCCIÓN DE DAÑOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: CONCEPCIONES Y ACCIONES

**RESUMEN.** El objetivo de este artículo es presentar las concepciones y acciones de salud mental de los trabajadores de los Núcleos de Atención en Salud de la Familia (NASF) de la ciudad de Fortaleza-Ceará. Específicamente en lo que se refiere a las intervenciones realizadas en los casos problemáticos de crack, alcohol y otras drogas en la Atención Primaria de Salud (APS). Para ello, realizamos entrevistas semiestructuradas, compuesta de cinco secciones: 1) perfil profesional de los entrevistados, 2) concepciones morales, 3) conocimiento sobre drogas, 4) Reducción de Daños (RD), 5) percepciones del entrevistador. Realizamos los análisis descriptivos mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), v. 20. Los resultados muestran la coexistencia de concepciones tradicionales que sostienen y orientan los modelos médicos y morales que dificultan la adopción de una actuación orientada hacia la reducción de daños (RD) y hace que estos profesionales asuman posicionamientos que de caracterizan e impiden el desarrollo de acciones de mercado RD en los servicios.

**Palabras clave:** Núcleos de atención en salud de la familia; reducción de daños; psicología social.

### Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) estima que há, aproximadamente, 205 milhões de pessoas que façam uso de drogas ilícitas no mundo, incluindo 25 milhões que sofram da dependência de alguma delas (World Health Organization [WHO], 2008). Nas pesquisas desenvolvidas em conjunto com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC), tem-se reconhecido que “[...] a dependência de drogas é muitas vezes agravada pelo baixo desenvolvimento social e econômico, e o tráfico de drogas, junto com muitas outras formas de crime organizado transnacional, comprometendo o desenvolvimento humano” (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2013, p. IV). Por outro lado, as formas tradicionais de intervenção, sobretudo aquelas direcionadas ao isolamento e ao tratamento pela perspectiva da abstinência, ao invés de desestimular o consumo de drogas por parte desses sujeitos, reforça-o por meio do rebaixamento contínuo da autoestima e (re)produção de estigmas e marginalização.

Não por acaso, a WHO (2008) e a UNODC (2013) têm assinalado que as intervenções no campo do uso de álcool e outras drogas devem ser desenvolvidas no sentido do direito à autonomia e autodeterminação, no combate ao estigma, ao preconceito e à discriminação e respeitando aos direitos humanos, sobretudo porque aprisionam os sujeitos que fazem uso de drogas às personagens marginal, irrecuperável, dependente, ou ainda, à figura do sujeito reduzido à condição de inumanidade e, portanto, sendo alienado de qualquer direito.

Entre as propostas que focam nas orientações da OMS e UNODC, a estratégia de Redução de Danos (RD) se destaca enquanto prática de cuidado frente aos problemas decorrentes do uso de drogas e aparece como uma alternativa possível de intervenção clínico-política. Isso porque a RD segue um modelo teórico mais geral caracterizado como sociocultural, que realiza uma crítica à concepção da dependência de drogas como doença crônica (modelo nosológico) e às concepções moralista-religiosa e moralista-científica sustentadas, sobretudo, em Fazendas, Comunidades Terapêuticas e Grupos de Autoajuda (Lima, 2005). Opondo-se, também, à política repressiva, centrada no lema da ‘guerra às drogas’, típica do Estado, bem como a denominada ‘pedagogia do terror’, esse modelo não

defende a abstinência total como meta, mas a minimização dos danos orgânicos e sociais decorrentes da situação de uso de drogas, até mesmo por que compreende que sempre existiu o interesse e uso de substâncias por parte dos sujeitos desde os mais antigos registros de civilizações e culturas humanas (Carneiro, 2002; Venâncio & Carneiro, 2005).

Desse modo, a rede formada pelos profissionais, familiares, organizações governamentais e não governamentais, cada um com sua forma de trabalho própria, organizando-se mutuamente, passou a ser entendida como essencial para a criação de acessos variados, ao acolher, encaminhar, prevenir e tratar, a partir da reabilitação psicossocial. Proposições que foram reforçadas a partir da aprovação da Lei nº 11.343, de 2006, que traz explicitamente em seu texto a necessidade de articulação da discussão da política de drogas com as discussões do campo dos direitos humanos, assinalando a necessidade do reconhecimento da diversidade cultural existente no país e a autonomia do usuário, sobretudo o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto a sua autonomia, a sua liberdade e o respeito à diversidade e as especificidades populacionais (Lei nº 11.343, 2006, Art. 4). E amplamente discutidas e incorporadas no *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial (CNSM-I)*, em 2010, em que o investimento nas diferentes ações de SM na Estratégia de Saúde da Família (ESF) através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) apareceu como uma das ações imprescindíveis para a ampliação do escopo da capacidade de resolução dos problemas resultantes do sofrimento mental na APS (Brasil, 2010a). Posteriormente, em 2011, tal concepção de rede também passa a habitar a ordenação da política assistencial em Saúde Mental (SM), quando da aprovação e instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em que a estratégia de RD é incorporada como diretriz operacional-terapêutica dessa teia articulada de serviços e ações.

No caso do estado do Ceará, essa proposta não surgiu exatamente como novidade, afinal, de acordo com autores do campo reformista (Sampaio, Guimarães, Carneiro, & Garcia Filho, 2011), existiria uma grande preocupação de fazer assistência à saúde mental em articulação com a APS. O Relatório de Gestão de 2009 corrobora com essa afirmação, ao assinalar que os NASF fizeram parte da aposta na implementação da atenção integral no município de Fortaleza, por terem sido implementados com a missão de garantir a plena integralidade no cuidado físico e mental dos usuários do SUS, por meio da qualificação e complementaridade das ações das Equipes de Saúde da ESF (Fortaleza, 2011).

O município de Fortaleza, localizado no litoral norte do Estado do Ceará, com aproximadamente 313,8 km<sup>2</sup> de extensão e população estimada de 2.451.813 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010), distribuída em 116 bairros, sendo considerado, neste último senso, a segunda maior cidade do nordeste e a quinta mais populosa do país, foi dividido em seis territórios ou regiões político-administrativas, denominadas de Secretarias Executivas Regionais (SER). Estas funcionam como gestoras e executoras das políticas públicas municipais, possuindo cada SER distritos temáticos (quais sejam: Distrito de Saúde, Educação, de Infraestrutura, de Assistência Social, de Meio Ambiente e de Finanças), que atuam como ‘espelhos’ das secretarias temáticas municipais (Frota, 2009). Recentemente, foi criada a Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza (SERCEF), ampliando para sete o total de SERs (Fortaleza, 2012), mas ainda em processo político-administrativo de implantação.

No que se refere ao NASF, até o início de 2013, Fortaleza contava com 25 equipes, formadas por 183 profissionais, distribuídas para atuar junto aos Centros de Saúde da Família (CSF) municipais, como detectava nesse período pesquisa de um dos autores desta pesquisa (Oliveira, 2013). As equipes eram compostas, seguindo a portaria 154

(Portaria GM nº 154, 2008; Brasil, 2010b), pelas seguintes categorias profissionais: farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, educador físico, psicólogo e terapeuta ocupacional. Além disso, as equipes multiprofissionais se distribuíam em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), além de uma equipe tarde/noite que realizava atividades de abordagem aos moradores de rua no centro da cidade.

O Relatório de Gestão desse período evidencia, de fato, certa preocupação com as ações em saúde mental pelas equipes do NASF (o que estaria em consonância com o relatório da CNSM-I). Todavia, aparece de forma explícita no mesmo relatório que essas ações não foram o foco dos NASF's, sendo prioritárias: 1) atenção aos pacientes acamados e 2) atividades relacionadas à demanda da criança e adolescente em idade escolar por meio do Programa Saúde na Escola (PSE).

De fato, como bem assinala Oliveira (2013, p. 68), “[...] principalmente entre os anos de 2006 e 2007, no mesmo período em que se assistiu ao incremento da ESF descrita acima, também implantou a Rede Assistencial em Saúde Mental com base nas diretrizes da reforma psiquiátrica”. Entretanto, a ampliação da Rede de Saúde Mental, embora tenha disparado alguns processos, dentre os quais apenas a transformação do CAPS do tipo II da SER II em CAPS III – 24hs e a implantação do Centro de Referência do Crack Intersetorial foram efetivados, não avançou muito após a implementação da Rede Substitutiva em 2006, o que não é de se estranhar quando sabemos que o crescimento da rede substitutiva em Fortaleza (o último município a aderir plenamente a reforma psiquiátrica no Ceará) não foi um processo resultante da forte reivindicação do fechamento dos hospitais psiquiátricos e abertura de serviços substitutivos, mas resultado de interesses político-econômicos que mantiveram os modelos assistenciais (asilar e psicossocial) em coexistência e, por vezes, em conflito conforme apontam alguns pesquisadores (Quinderé, Sales, Albuquerque, & Jorge, 2010). Não por acaso, a justificativa dada à pausa no avanço de implementação da rede substitutiva no relatório de gestão foi a escassez de financiamentos oriundos do governo federal.

Aliás, a relação dos avanços com os interesses político-econômicos, a despeito de qualquer reivindicação de movimentos sociais (como tem sido feito pelo Fórum de Luta Antimanicomial, no Ceará), fica ainda mais explícita com a mudança da gestão municipal, como ocorreu em 2013. Nesse ano aprofundou-se o desinvestimento nas ações de saúde mental, a partir da crescente privatização dos serviços, por meio de contratação de equipes terceirizadas para os serviços substitutivos existentes. As ações de saúde mental voltadas à questão do álcool e outras drogas, por exemplo, passaram a ser pensadas tendo como referência as comunidades terapêuticas (proposta de campanha do prefeito eleito), especialmente quando se formaliza em órgão viabilizador de política pública em interface com a SM, a Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas (CEPOD) no âmbito da capital cearense.

Os elementos acima apontam que a redução das intervenções complexas e intersetoriais, que deveriam ser objeto de financiamento nesse campo, especialmente por meio do fortalecimento da RAPS, têm sido colocadas em conflito de horizontes (por terem a RAPS e a CEPOD estratégias distintas, como a RD e o de enfrentamento a doença crônica, respectivamente, ocupando os modelos terapêuticos) e também apontado a política municipal sobre drogas caminhando em direção ao retorno da hegemonia de um modelo assistencial que busca abstinência da substância consumida, invertendo a potencialidade da rede substitutiva enquanto território de promoção do aumento do ‘grau de gerenciamento de si próprio’ em busca de maior autonomia, tal como assinalado por Lima, Gonçalves Neto e Lima (2011) em pesquisa sobre a temática da assistência aos

usuários de substâncias psicoativas. Mais que isso, a política municipal representa mais uma das disputas nacionais sobre os modelos de assistência em que as atuais pesquisas apontam para o crescente financiamento público de instituições como as comunidades terapêuticas em detrimento da RAPS (Trapé & Onocko-Campos, 2017).

No que se refere a AP, uma vez que as equipes multiprofissionais do NASF do município de Fortaleza, que se distribuíam nas seis secretarias executivas regionais, praticamente deixaram de existir em 2015, passando a ser representadas por um quadro de profissionais com apenas 48 trabalhadores, divididos em 16 equipes, somente cinco possuíam o número mínimo de integrantes para ser considerada completa. Isso sem contar que as demais equipes ficaram incompletas, e em alguns casos tornaram-se inexistentes, uma vez que passaram a ter apenas um ou dois profissionais como representantes dessa estratégia nas unidades de saúde e, em alguns centros de saúde (ou unidades de saúde, como são denominadas no âmbito municipal), a estratégia NASF deixou de ser utilizada, ou seja, significa que oito equipes NASF foram extintas. Aponta-se, assim, que há um gerenciamento da saúde mental em Fortaleza que tem sido desenvolvida a partir de uma lógica meramente instrumental, que preza a economia de recursos empregados na saúde a partir da implementação mínima de profissionais e recursos, mesmo que estes estejam insuficientes frente aos assinalados pelas leis e portarias governamentais que servem de orientação para os serviços (Portaria nº 3.088, 2011; Portaria nº 2.488, 2011b; Brasil, 2014).

Frente a esse cenário, propusemos uma pesquisa com o objetivo de analisar as concepções e ações dos trabalhadores dos NASF no campo da saúde mental, mais especificamente o que se refere às intervenções dos casos problemáticos de crack, álcool e outras drogas. Uma vez que isso possibilitaria a discussão das dificuldades e possibilidades encontradas pelos profissionais do NASF para a implementação de ações de RD na AP, a compreensão das fragilidades dos NASF do município de Fortaleza no que se refere às ações em SM na APS, principalmente ao uso problemático de drogas, ofereceria elementos para o aperfeiçoamento e promoção de estratégias dos NASF nas ações frente ao uso problemático de crack, álcool e outras drogas.

### **Considerações gerais sobre a pesquisa**

Esta pesquisa, que contou com auxílio do Programa de Pesquisa e Desenvolvimento (PPSUS) da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) – edital 07/2013 – processo SPU.: 13192398-6, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, registrada com o CAAE: 17475813.4.0000.5054 e aprovada com o número: 492.539 em 19/12/2013, trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, a partir de amostragem não probabilística, com dados obtidos por meio de voluntários que foram submetidos à aplicação de uma entrevista semiestruturada. Entrevista construída e adaptada pelos pesquisadores a partir do questionário autoaplicado, desenvolvido por Queiróz (2005), em que as questões do instrumento mostraram-se relevantes para a avaliação das concepções e valores dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Belo Horizonte, Minas Gerais e revelaram a permanência de valores e práticas tradicionais, fundamentadas no ideal de abstinência, provocando a descaracterização da proposta de redução de danos em seus fundamentos originais. A entrevista foi composta por cinco partes: 1) introdução, que abordou o perfil profissional dos entrevistados; 2) concepções morais, investigou a forma como o entrevistado se organiza frente às questões morais e sociopolíticas; 3) conhecimentos sobre drogas, que registrou o conhecimento do campo das drogas e as possíveis consequências danosas para os usuários; 4) redução de danos, que questionou

a apropriação e possibilidade de adoção da redução de danos no NASF e; 5) percepções do entrevistador acerca do conteúdo da entrevista, que registrou problemas que porventura ocorreram.

A escolha pela entrevista semiestruturada ocorreu pelas razões que foram amplamente discutidas no trabalho de Laville e Dionne (1999), tais como: a) a possibilidade de obtenção de um número maior de entrevistas respondidas de forma completa, uma vez que há diminuição do esforço exigido do entrevistado (entre eles preenchimento e devolução de questionários etc.) e b) a garantia de que as respostas seguissem a sequência em que eram apresentadas, pois era sabido que a inversão da sequência poderia interferir na produção (elaboração) das respostas.

O pré-teste, que ocorreu entre os meses de abril e maio de 2015, meses antes das entrevistas, conforme orientam Oksenberg, Cannell e Kalton (1991), contou com a participação de um psicólogo e um assistente social. É importante assinalar que, mesmo após os ajustes realizados na estrutura da entrevista, foi solicitado aos entrevistadores que fossem solucionadas quaisquer dúvidas que fossem observadas ou apresentadas pelos entrevistados. Apesar disso, uma vez que os níveis de escolaridade e socioeconômicos eram similares entre os entrevistados, não foram identificados problemas no que se refere à compreensão e ao compartilhamento das informações.

As entrevistas, assim, ocorreram durante os meses de junho a dezembro de 2015, nas unidades de APS do município de Fortaleza, onde estavam inseridas as equipes do NASF, que contabilizavam, durante o período da pesquisa, com um total de 48 profissionais. Desse total de 48 profissionais, foram excluídos das entrevistas aqueles que se encontravam de férias, licença ou em serviço/curso externo no período da aplicação desta, o que reduziu a quantidade para um total de 38 profissionais ativos. Os entrevistadores entraram em contato por telefone ou pessoalmente com cada uma das equipes e convidaram os profissionais que se encontravam presentes a participarem, dos quais 19 aceitaram ser entrevistados para a pesquisa<sup>5</sup>

. Para minimizar as recusas tratamos de agendar e, quando foi preciso, reagendar com os profissionais o melhor horário para aplicação da entrevista. Todavia, a precariedade dos contratos e o pouco tempo nos serviços pela alta rotatividade dos profissionais, era utilizado em muitas ocasiões como argumento para justificar a negativa no aceite dos convites. A metodologia escolhida mostrou-se adequada para abordar o objeto em questão, tendo em vista os objetivos esperados na pesquisa, uma vez que os 19 participantes representaram 50% dos profissionais ativos presentes nas unidades e 40% do total de profissionais da estratégia NASF na ocasião da realização do estudo.

Em função da quantidade reduzida de profissionais atuantes e sua distribuição restrita nos serviços locais ou regionais de atuação, fez-se necessário ocultar as áreas de trabalho dos profissionais de cada NASF, para a garantia do anonimato dos mesmos. Todavia, é possível assinalar que a distribuição dos entrevistados ficou assim definida: um profissional da educação física, um farmacêutico, um nutricionista, três assistentes sociais, três psicólogos e dez fisioterapeutas (profissão mais presente no NASF no município e aqui

---

<sup>5</sup> Tornamos público nosso agradecimento a Antonio da Costa Ciampa, Walberto Silva dos Santos, Luís Fernando Farah de Tofoli, Paulo César de Almeida e Fabiane do Amaral Gubert pela colaboração enquanto pesquisadores; Beatriz Oliveira Santos, Brígia da Silva Amaro Lelis Moraes, Cristofthe Jonath Fernandes, Emanuel Messias Aguiar de Castro, Gabriela Gomes Freitas Benigno, Kilson Pinheiro de Sena, Lucas Bayde Ribeiro, Marcelo Góis Cordeiro Barroso, Renata Bessa Holanda, Thiago Sousa Felix, Vinicius Furlan, Yuri Marcondes Lisboa pelo apoio na aplicação das entrevistas, digitação dos dados nas planilhas e participação nas discussões dos resultados e Doutora Yarimar Rosa-Rodriguez, do Instituto de Investigação Psicológica da Faculdade de Ciências Sociais da Universidad de Puerto Rico (UPR), pela ajuda com as versões em inglês e espanhol do título e resumo deste artigo.

também a mais frequente). A maioria dos entrevistados encontravam-se na faixa etária compreendida entre 30 a 39 anos (42,1%). No que se refere às pós-graduações, as mais citadas foram aquelas específicas de cada profissão (78,9%) em detrimento de apenas (21,1%) de pós-graduações na área de saúde coletiva e/ou saúde da família. Quanto à religião, dos 19 participantes, 100% declararam-se católicos.

No que se refere à aplicação das entrevistas, para maior rapidez na consecução das mesmas e de modo a garantir a uniformidade do processo, as entrevistas face-a-face, com média de 40 minutos de duração para cada aplicação, foram realizadas em dupla por 12 estudantes de graduação e pós-graduação, previamente treinados. Elas foram aplicadas obedecendo a sequência em que as perguntas foram sendo apresentadas, cujas cinco partes foram supracitadas. O rigor de aplicação na sequência dos módulos foi imprescindível para a pesquisa, uma vez que nos interessava conhecer inicialmente os valores morais dos entrevistados e suas concepções sobre o uso de drogas para, posteriormente, investigar suas opiniões e ações de redução de danos. A sequência também procurou evitar que os entrevistados tivessem uma leitura geral da entrevista e sofressem algum tipo de pressão relacionada ao politicamente correto, contaminando a relação entre as questões.

Após a realização das entrevistas, foi construído um banco de dados que se tornou o ponto de partida para as análises realizadas. Os dados obtidos foram tratados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, licença n° 10101131007. Optou-se por realizar a técnica da estatística descritiva, cruzando as variáveis alusivas às concepções morais e ações do profissional sobre o uso de drogas frente a estratégia da redução de danos.

### **Apresentação, discussão e análise crítica dos dados construídos**

Os dados foram organizados tanto sob a forma de tabelas com uma distribuição simples de percentual e frequência, como também em tabelas distribuídas através de uma análise bivariada, dependendo do objetivo a qual se propõe. Iniciaremos nossa apresentação e análise dos dados apresentando o conhecimento da proposta da redução de danos por parte dos profissionais dos NASF.

Em primeiro lugar, 36,4% dos entrevistados disseram conhecer a proposta de redução de danos, enquanto 26,32% assinalaram nunca terem ouvido falar dela. É curioso esse desconhecimento acerca da proposta por parte dos profissionais da saúde, principalmente porque diversos documentos e treinamentos (incluindo aulas sobre RD nos cursos de formação em saúde do Brasil) têm sido realizados ao logo dos últimos anos, colocando a redução de danos como questão central, seja contra ou a favor de sua utilização. É possível observar ainda que outra parte significativa dos entrevistados (que corresponde a mesma quantidade dos que dizem conhecer a proposta) parecem conhecer de algum modo o que é a redução de danos, mas não conseguiram obter informações suficientes para responder com segurança acerca do seu conhecimento. A falta de informações precisas e com as quais se podem confiar interfere na forma como os profissionais do NASF apreendem o uso de drogas e suas consequências, em que para 68,42% qualquer uso que se faça de uma droga, seja ela legal ou ilegal, traz problemas ao usuário.

Essas concepções morais podem interferir e causar entraves de caráter ideológico à aceitação da proposta de RD no NASF, como veremos a seguir. Ao serem indagados acerca da possibilidade de convívio dos profissionais do NASF com diferentes grupos de usuários de drogas, observou-se, ainda, que existe grande dificuldade de convivência para

mais da metade dos profissionais, o que inevitavelmente interfere nas possibilidades que esses apresentaram para adotar a proposta de RD nos serviços.

No que se refere ao convívio com usuários de álcool, dos 17 profissionais que responderam à questão, cinco (29,4%) consideraram fácil o convívio com usuários de álcool, sendo que, destes, três adotariam a proposta da RD e dois não adotariam. O difícil convívio foi opinião majoritária, totalizando 11 (64,7%) profissionais. Destes, seis afirmaram que adotariam a proposta e cinco não adotariam. Por fim, um (5,8%) profissional afirmou que não conseguiria conviver com usuários de álcool. Dois (11,7% dos 19 profissionais) entrevistados optaram por não responder se conviveriam com usuários de álcool. Sobre o convívio com usuários de maconha, observou-se que dos 18 participantes que responderam, oito (44,4%) consideraram como sendo fácil o convívio com estes usuários, obtendo a mesma proporção (4) tanto para os que adotariam a proposta de RD em seu cotidiano, como os que não adotariam a proposta. Sete profissionais (38,8% dos respondentes desse item) consideraram difícil este convívio e destes, quatro adotariam a proposta de RD e três não adotariam. Três (16,6% dos 18) participantes afirmaram que não conviveriam com usuários de maconha e, conseqüentemente, também não adotariam a proposta. Um entrevistado não respondeu se conviveria com usuários de maconha.

No que diz respeito ao convívio com usuários de cocaína e crack, os valores obtidos foram similares para os 15 respondentes: dez (55,5%) consideraram a convivência difícil, sendo que destes, seis participantes adotariam a proposta em seu cotidiano de trabalho e quatro não adotariam; sobre a não convivência, quatro (22,2%) destes participantes não conviveriam com tais usuários, ficando divididos equitativamente, ou seja, dois adotariam a proposta e dois não adotariam. Apenas um (5,5%) participante considerou a convivência fácil e com possibilidade de adoção. Quatro entrevistados dos 19 participantes da pesquisa não responderam se conviveriam com usuários de cocaína ou de crack. Como pode ser observado, é considerável a dificuldade de convivência e as limitações dos profissionais frente à adoção da proposta de RDS e esta convivência com usuários de álcool e outras drogas é percebida como problemática, o desenvolvimento de atuações menos autoritárias e repressoras também serão.

Ainda sobre a concepção dos profissionais do NASF sobre drogas, quando questionados sobre as formas de redução do consumo de drogas pela população, 26,3% concordaram que haveria a necessidade de que haja aumento no combate ao tráfico de drogas e à sua distribuição para que haja diminuição do consumo, enquanto 68,4% afirmaram que deve haver aumento na prevenção e no tratamento dos usuários para que haja diminuição do consumo. Esse dado é importante porque assinala certa clareza de maior parte dos entrevistados, no que se refere à necessidade de intervenções mais preventivas e relacionadas aos contextos sociais e culturais, diminuindo a ênfase da resolução do 'problema das drogas' pela via da repressão policial.

No que se refere às decisões a serem tomadas frente à problemática do uso de drogas, 31,6% dos entrevistados consideraram que as decisões sobre a melhor forma de se trabalhar com o usuário de drogas devem ser tomadas pelas pessoas que trabalham na área, ao passo que 68,4% concordaram que os usuários de drogas têm um saber adquirido na prática sobre os problemas que enfrentam e devem colaborar na construção dos projetos e programas de saúde.

Sobre as concepções do profissional em relação à dependência do uso de drogas, 31,6% consideraram que é possível fazer uso de drogas sem se tornar dependente delas e 68,4% concordaram que qualquer uso de drogas pode levar à dependência; 47,4% afirmaram que a dependência está mais relacionada à substância ingerida e 52,6%



relacionaram a dependência à pessoa que usa a droga. Estes dados, além de reforçarem o problema dos profissionais frente ao não conhecimento das substâncias, confirmam a persistência do modelo moral, que sugere que os problemas decorrentes do uso de drogas são consequências dos comportamentos incorretos das pessoas, ou seja, que a dependência é resultado do uso de substâncias que levam a dependência independente do uso e contexto e 2) da predisposição do sujeito que faz uso da substância.

Em relação às campanhas de prevenção e educação que abordam o uso de drogas numa perspectiva sem imposição, foram predominantes as respostas em que os profissionais consideraram como uma alternativa muito eficaz (42,1%) ou eficaz (36,8%) para a redução do consumo de drogas em nossa sociedade, em detrimento da pouca eficácia comparadas às campanhas que reforçam o modelo antidrogas (47,4%). Estes estão alinhados à filosofia da redução de danos, podendo indicar amadurecimento dos profissionais no que se refere à ineficácia da lógica repressora e punitiva, entretanto, os mesmos posicionamentos apareceram em contradição quando observamos que o apoio à ação policial/repressão ao usuário também foram consideradas alternativas muito eficazes (42,1%) e/ou eficazes (36,8%) pelos profissionais.

A legalização/descriminalização do uso de drogas (73,6%) e a internação compulsória (68,4%) foram compreendidas pelos profissionais como tendo pouca ou nenhuma eficácia, a primeira aparecendo como incompatível frente às discussões contemporâneas acerca dos impactos positivos da descriminalização para a saúde coletiva, a segunda seguindo a linha proposta pela RD no que se refere à defesa do cuidado em liberdade. Novamente, posicionamentos que aparecem de forma antagônica, uma vez que a grande maioria critica a internação compulsória e, ao mesmo tempo, é contra a legalização/descriminalização, que tanto tem contribuído como argumento para a justificação das internações compulsórias.

Nas concepções acerca da eficácia das formas de tratamento para a dependência de drogas e a internação em Comunidades Terapêuticas (CT), as opiniões foram semelhantes tanto para os que concordam que estes métodos são muito eficazes ou eficazes (31,6%), enquanto 31,6% consideraram pouco eficaz e 5,3% consideraram esta alternativa de tratamento sem eficácia. O mesmo foi dito sobre as clínicas especializadas: a maioria dos profissionais considerou eficaz esta forma de tratamento (63,2%). No que se refere às respostas alusivas aos tratamentos religiosos, fora das CT, não percebemos uma distribuição nivelada entre os que se posicionam como eficaz e sem nenhuma eficácia. De todo modo, o tratamento dos usuários em CAPSad aparece como um dispositivo muito eficaz ou eficaz para os profissionais (78,9%), uma vez que 26,3% consideraram como um tipo de tratamento muito eficaz, 52,6% como sendo eficaz, mas apenas 21,1% consideraram pouco eficaz. Os tratamentos psicológicos e grupos de autoajuda foram assinalados igualmente pelos profissionais do NASF como alternativas muito eficazes no tratamento aos usuários de álcool, crack e outras drogas (52,6%). Apenas 15,9% dos profissionais entrevistados opinaram pouca eficácia para os grupos de autoajuda.

As questões que envolveram as ações em SM que poderiam ser desenvolvidas aos usuários de álcool, crack e outras drogas pelos profissionais do NASF foram as que geraram maior desconforto para os participantes. De todo modo, ao serem indagados sobre a identificação dos casos e encaminhamentos para tratamento especializado (CAPS), mais da metade dos profissionais assinalaram que realizam o procedimento, ou seja, 57,9% dos entrevistados afirmaram identificar e desenvolver tal atividade; 36,8% afirmaram não desenvolver e 5,3% dos entrevistados não responderam à pergunta. Uma vez que observamos o desconhecimento sobre uso de drogas e danos recorrentes, eficácia e

formas de tratamento adequadas, é possível imaginar que muitos desses encaminhamentos para os CAPS sejam desnecessários. De forma curiosa, no que se refere à identificação dos casos e ao encaminhamento para tratamento em comunidades terapêuticas, a maioria (78,9%) afirmou não desenvolver tal atividade, contra 15,8% dos entrevistados que afirmaram desenvolver, mesmo que a grande maioria tenha identificado esse tipo de tratamento como muito eficaz e eficaz anteriormente.

A maioria dos profissionais assinalou realizar atendimentos por problemas decorrentes do uso de drogas (52,9%), o que, baseado nos dados anteriormente apresentados, evidencia a necessidade de formação específica no tema para os profissionais das equipes do NASF, sobretudo no que se refere ao desenvolvimento de atividades de sensibilização e de convívio com esse público, de modo que os imperativos morais e ideológicos não impeçam a escuta e a clínica diferenciada, singularizando a demanda dos sujeitos. Considerando essas mesmas questões, é necessária a avaliação da qualidade dos conteúdos relacionados às campanhas de educação e prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas, uma vez que a grande maioria dos entrevistados (73,7%) afirmou desenvolver tal atividade e assinalou anteriormente suas limitações pessoais e técnicas frente ao tema.

Um fator positivo é observado no que se refere ao interesse e esforço dos profissionais para a construção de relação de vínculo do usuário com o serviço. Isso porque, mesmo apresentando grandes dificuldades de convívio com usuários de drogas, mais da metade dos profissionais do NASF (52,6%) afirmou desenvolver a aproximação do usuário e construção de uma relação de confiança com o serviço de saúde, mesmo que ainda 36,8% tenham afirmado não desenvolver e 10,6% não tenham respondido.

A análise das concepções e ações dos trabalhadores dos Núcleos de Atenção em Saúde da Família (NASF) no campo da saúde mental, mais especificamente no que se refere às intervenções em casos problemáticos de crack, álcool e outras drogas, permitem dizer que a atual configuração das unidades da cidade de Fortaleza apresenta uma estrutura fragilizada que descaracteriza o serviço da própria estratégia NASF. Nessa realidade, a maior parte dos profissionais que compõem os serviços está há menos de um ano no serviço, em contratos instáveis que dificultaram a aceitação de participação de alguns profissionais atuantes na pesquisa, que justificavam sentir “[...] medo de que não soubesse nada sobre saúde mental e de algum modo fosse demitida” [sic].

Dos profissionais que participaram das entrevistas (19 profissionais), observou-se que uma parte significativa não possui formação que ofereça suporte para um posicionamento seguro frente ao conhecimento sobre a política de redução de danos, além de apresentarem respostas que evidenciaram o despreparo frente às demandas relacionadas ao campo da saúde mental, em especial àquelas relacionadas ao uso problemático de drogas. Resultados que, infelizmente, aproximam-se dos apresentados por Sampaio et al. (2011), em uma pesquisa em que analisaram as condições de trabalho a que estavam submetidos os trabalhadores dos CAPS de Fortaleza e evidenciaram as dissonâncias entre as diretrizes da política de saúde mental e a operacionalidade dos serviços.

No que se refere às opiniões e atitudes em relação ao uso e abuso de substâncias, observamos que os profissionais, uma vez que não estão capacitados teoricamente sobre o tema, acabam por assumir em suas atividades o ponto de vista dos modelos moralista e patologizante. Isso ficou ainda mais claro quando observamos que 68% dos membros do NASF acreditam que qualquer uso que se faça de uma droga leva à dependência. O fato de 85% dos entrevistados pensarem dessa maneira poderá, então, sob esta perspectiva,

causar entraves de caráter ideológico à aceitação da proposta de redução de danos. Também foi observado que, em consonância com o exposto acima, está arraigada na prática profissional a predominância dos modelos moral e de doença.

Assim, os desconhecimentos sobre o tema e o fato de os profissionais, em sua maioria, afirmarem ter dificuldades de convívio com usuários de drogas, não interferiu de forma significativa na resposta positiva sobre sua adoção. Podemos pensar que isso significa que os profissionais possam ter afirmado aderir a uma nova proposta de ação sem de fato considerar seus fundamentos elementares. Dados que mostram a urgência de investimentos em sensibilizações e formação nesse campo, além de maior atenção ao perfil dos profissionais que estarão inevitavelmente relacionados com pessoas que podem estar fazendo uso problemático de drogas, uma vez que para uma abordagem eficaz nesse campo há a necessidade de abordagem direta (sem mitos), com criação de um vínculo de confiança entre o profissional de saúde e o usuário.

Isso se confirma quando percebemos que a proposta de cuidado ainda é pensada pelos profissionais do NASF a partir do ideal de abstinência, orientador das abordagens tradicionais, e crença na resolubilidade do tratamento em Comunidades Terapêuticas (CT). Da mesma forma, vimos que o fato de os profissionais assinalarem com pouca ou nenhuma eficácia a internação compulsória, não significou uma crítica da internação, uma vez que a grande maioria acredita que internações em CT, clínicas especializadas e ‘tratamentos’ religiosos são eficazes, em contraposição às orientações da OMS/WHO já apresentadas na introdução e opostas às diretrizes descritas no espaço participativo e deliberativo máximo das políticas em SM no Brasil, em sua última edição, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – CNSM-I (Brasil, 2010a).

Embora trabalhem em serviços públicos e tenham passado por formações em um momento histórico de muitas críticas às formas asilares de tratamento em saúde mental, a maioria dos profissionais assinalou acreditar na eficácia das formas de tratamento para dependência de drogas, a internação em CT e serviços correlatos. O tratamento psicológico é compreendido pelos profissionais como uma tecnologia que está no mesmo nível dos grupos de autoajuda, em que o arcabouço teórico-metodológico está ancorado nos modelos religiosos e moral, cuja utilização consiste no compartilhamento de relatos/experiências dos participantes e a abstinência como um fim em si mesmo, sem qualquer base científico-psicológica.

### **Considerações últimas para horizontes outros**

À guisa de conclusão, é importante reforçar que a pesquisa possibilitou a identificação de inúmeras dificuldades que impedem o desenvolvimento das ações em SM pelos profissionais do NASF de Fortaleza, mas que talvez sejam similares a outras realidades de capitais brasileiras. As fragilidades na formação e compreensão do fenômeno do uso de drogas, a coexistência de concepções morais e tradicionais, orientadoras e mantenedoras dos modelos moral e médico, que dificultam a adoção de uma atuação voltada para a redução de danos por esses profissionais no campo de álcool, crack e outras drogas. Para essas limitações, associadas às questões de ordem prática, é possível indicar a implementação de planejamentos, formações, ampliação da rede de serviços e suporte das gestões em políticas públicas para sua resolução, uma vez que encontramos interesse e disposição desses profissionais para o desenvolvimento de ações de prevenção e cuidado nos serviços.

Obviamente, para que isso ocorra é imprescindível uma mudança no modelo de gestão do município, que tem seguido a lógica de desinvestimento econômico-político na

estratégia psicossocial da RAPS, associado à coexistência com o modelo de abstinência, como nas políticas sobre drogas feitas em paralelo aos serviços da rede em saúde mental. Ademais, é inevitável constatar que a desarticulação da estratégia NASF, a partir da diminuição do quantitativo dos profissionais e lógica de distribuição de equipes no formato de apoio matricial (Campos & Domiti, 2007), como outrora esteve presente na rede, aponta que o caminho da atenção à saúde local está na contramão da reforma psiquiátrica.

Entretanto, é preciso que não se perca de vista a reserva de investimentos em um tipo de educação em longo prazo, que tenha potência de sensibilização transformadora desses profissionais, no que se refere às propostas em saúde mental, tal como é o caso da redução de danos, em que as limitações morais dos mesmos podem impedir o desenvolvimento de ações mais efetivas, que superem a associação imediata entre uso de drogas e marginalidade, crime ou doença. Uma das estratégias formativas possíveis é a implementação da lógica da Educação Permanente em Saúde (EPS) no campo da SM. Nessa direção, a qualificação das ações de saúde se dá a partir do próprio trabalho, buscando alternativas e soluções para a transformação das práticas por meio da problematização coletiva entre pares (trabalhadores), usuários e gestores da saúde mental. Afinal, uma das possibilidades da formação em saúde mental se dá, como na EPS, por vias de transformação do próprio trabalho em saúde que passa a ter por centro as necessidades sociais em saúde (Ceccim, 2005).

O que apontamos, em outras palavras, é que concepções e ações em SM necessitam, concomitantemente, dar-se a partir de processos formativos e de trabalho implicados com as possíveis transformações do campo. Essas transformações aparentariam estar em andamento, visando a superação do modelo biomédico moralista ainda hegemônico se os profissionais não apenas forem capazes de operar com racionalidades instrumentais (que na prática acabam por se traduzir no uso de novos nomes para supostas novas ações, mesmo quando se continua pensando e agindo de modo convencional, sem qualquer mudança nas suas visões de mundo e concepções morais), mas também como a sensibilidade necessária para acolher e agir, considerando o usuário como pessoa de direito, sem redução ou arranjos frente às suas concepções morais. Uma prática disponível a um sujeito que supere a concepção de 'dependente' (químico e tantas outras metáforas) ou uma prática administradora dos sofrimentos, mas que possibilite que os usuários dos serviços tenham pequenos lampejos de criação de vida que façam no encontro terapêutico.

## Referências

- Brasil. (2010b). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). *Legislação em saúde mental: 1990-2004* (5a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010a). *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- Carneiro, H. (2002). As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. *Revista Outubro*, 6(6), 115-128.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986.
- Fortaleza. (2012). *Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2010-2013: uma construção coletiva*. Fortaleza, CE: Secretaria Municipal de Saúde.
- Fortaleza. (2011). *Relatório de Gestão 2010 – Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado*. Fortaleza, CE: Secretaria Municipal de Saúde.
- Frota, A. C. (2009). *O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: o Caso Fortaleza*. (Dissertação de Mestrado Profissional em Vigilância e Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2010). *Censo demográfico*. Recuperado de: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. (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.
- Lima, A. F. (2005). *A dependência de drogas como um problema de Identidade: possibilidades de apresentação do EU por meio da oficina-terapêutica de teatro* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Lima, A. F., Gonçalves Neto, J. U., & Lima, M. S. (2011). Las leyes de drogas en Brasil y su relación en la producción de políticas de identidad: un análisis de los procesos de estigmatización y promoción de la alteridad, desde la perspectiva de la psicología social crítica. *Salud & Sociedad*, 2(2).
- Oliveira, P. R. S. (2013). *“Esse Caso é de NASF?”: Compreendendo práticas de Saúde Mental na Atenção Primária em Fortaleza-CE*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará.
- Oksenberg, L., Cannell, C., & Kalton, G. (1991). New strategies for pretesting survey questions. *Journal of Official Statistics*, 7(3), p.349-365.
- Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. (2008). Brasília, DF: Ministério da Saúde
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011a). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. (2011b). Nova Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Queiroz, I. S. (2005). *Adoção de ações de redução de danos direcionados aos usuários de drogas: concepções e valores de equipes do programa de saúde da família* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Quinderé, P., Sales, F. D. A., Albuquerque, R. A., & Jorge, M. S. B. (2010). A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: Saúde Mental em Fortaleza, CE. *Saúde em Debate*, 34(84), 137-147.
- Sampaio, J. J. C., Guimarães, J. M. X., Carneiro, C., & Garcia Filho, C. (2011). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16, 4685-4694.
- Trapé, T. L., & Onocko-Campos, R. T. (2017). Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Revista de Saúde Pública*, 51, 1-8.
- United Nations Office on Drugs And Crime [UNODC]. (2013). *World drug report 2013*. Viena: AUS: United Nations Publication.
- Venâncio, R. P., & Carneiro, H. (Org.). (2005). *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo, SP: Alameda.
- World Health Organization [WHO]. (2008). *Principles of drug dependence treatment*. Geneva, CH: UNODC.

Recebido em 23/09/2018  
Aceito em 22/04/2019

---

*Aluísio Ferreira de Lima*: Psicólogo com Pós-Doutorado, Doutorado e Mestrado em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), Especialista em Saúde Mental pela Universidade de São Paulo (USP) e Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP/11). Atua como Professor Associado II do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará/UFC, credenciado como Professor Permanente (M/D) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Mestrado Profissional em Saúde da Família UFC/FIOCRUZ/RENASF).

*Pedro Renan Santos de Oliveira*: Psicólogo. Doutor em Psicologia e Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará. Pesquisador do Parallaxe: Grupo interdisciplinar de estudos, pesquisas e intervenções em Psicologia Social Crítica. Atua como professor no Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza-CE, Brasil.

*Stephanie Caroline Ferreira de Lima*: Cientista Social. Mestranda em Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará.