

O OLHAR DA AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE PARA ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS NO TERRITÓRIO

THE VIEW OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT FOR DAMAGE REDUCTION STRATEGIES IN THE TERRITORY

Amanda Carla Cavalcanti¹, Suely Emilia²

¹ Estudante do 8º período de Serviço Social da UFRN. Estagiária no INSS.

² Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco. Professora Adjunta da Universidade de Pernambuco (UPE – Campus Garanhuns). Professora do Programa de Pós-Graduação Saúde e Desenvolvimento Socioambiental (PPGSDS/UPE)

RESUMO

Este artigo tem como objetivo problematizar com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) o lugar da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado dos usuários que fazem uso abusivo de drogas através da estratégia de Redução de Danos e por isso é direcionado para as narrativas trazidas por cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) atuantes em um município do Agreste Pernambucano. Foi utilizado o método qualitativo e interventivo, realizando posteriormente uma leitura hermenêutica. Para colher os depoimentos, foi realizada uma roda de conversação, e para compreensão dos fenômenos desvelados foi utilizada a "Análítica do Sentido" de Critelli. Os dados demonstraram que as ACS enfrentam dificuldades para utilizar esta abordagem no cotidiano da APS, em decorrência da escassez de educação permanente, pouca intersectorialidade e cuidado humanizado, problemas relacionados a estigmas/preconceitos nos serviços de saúde e adoecimento do trabalhador no cotidiano de trabalho.

Palavras-chave: Agente comunitária de saúde; redução de danos; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

This article aims to discuss with Community Health Agents (CHA) the place of Primary Health Care (PHC) in the care of users who abuse drugs through the Harm Reduction strategy and, therefore, it is directed to the narratives brought by five Community Health Agents (CHA) working in a municipality in the Agreste region of Pernambuco. The qualitative and interventional method was used, subsequently carrying out a hermeneutic reading. To collect the testimonies, a conversation circle was held, and to understand the unveiled phenomena, Critelli's "Analítica do Sentido" was used. The data showed that the ACS face difficulties to use this approach in the daily life of the PHC, due to the lack of permanent education, little intersectoriality and humanized care, problems related to stigmas/prejudices in health services and workers' illnesses in their daily work.

Keywords: Community health worker; harm reduction; primary health care.

A proposta deste trabalho surgiu em decorrência do contato inicial com a Redução de Danos (RD), que foi fruto da aproximação teórica por meio do material estudado pelo edital da Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase no Cuidado do Usuário e da Família, em 2017. Ao realizar as leituras temáticas sugeridas pelo referido edital, a princípio, foi percebida a RD como um método audacioso, surgindo o questionamento de como seria executada nos serviços de saúde. Ao fantasiar como seria a *práxis* profissional com essas estratégias, foi aguçada a curiosidade por conhecer como isso, de fato, aconteceria.

Partindo desse interesse, este estudo tem como objetivo geral problematizar com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) o lugar da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado dos usuários que fazem uso abusivo de drogas. No que se refere aos objetivos específicos: identificar a compreensão das Agentes Comunitárias de Saúde em relação às estratégias de Redução de Danos na Unidade Básica de Saúde (UBS) e levantar as possíveis estratégias de cuidado pautadas na RD daqueles que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas¹ no território.

Foi durante o início da Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase do Usuário e da Família, que surgiram os primeiros contatos práticos com a Redução de Danos. As primeiras experiências aconteceram nos Centros de Atenção Psicossocial do tipo Álcool e Drogas (CAPS AD²) e CAPS III³. Após essas duas vivências, chegou o momento de iniciar a experiência no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Agreste Pernambucano. Foi nesse período que se evidenciaram as principais dificuldades da Atenção Básica (AB) de lidar com a demanda voltada para a saúde mental, seja ela direcionada aos usuários de substâncias psicoativas (SPAs), e/ou para pessoas que apresentavam

¹ A Organização Mundial da Saúde trata as substâncias psicoativas que atuam no cérebro, como mecanismos que existem normalmente para regular as funções do humor, do pensamento e da motivação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

² Os CAPS são regulamentados pela portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, que definiu as diretrizes para funcionamento nas modalidades: CAPS I, II, III, i (infanto-juvenil) e ad (álcool e drogas). Sendo o CAPS ad serviço de referência para a população usuária de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002).

³ O CAPS III é direcionado para atendimento diurno e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com sofrimento psíquico intenso e/ou transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2011).

um sofrimento intenso ou algum tipo de transtorno mental. Surgiram inquietações com a forma como os profissionais trabalhavam. Por vezes, encaminhavam imediatamente os usuários para os CAPS ou simplesmente não conseguiam dar orientações básicas para essas pessoas, desconsiderando que suas necessidades vão para além das questões que envolvem “saúde mental”. Quando o assunto era, especificamente, a demanda de pessoas que faziam uso abusivo de drogas, a maioria dos profissionais sequer conhecia as estratégias de Redução de Danos.

Estudos indicam que o preparo adequado dos profissionais da APS para entender alguns aspectos como onde está situado o usuário, a relação com o consumo de drogas e a estigmatização é um dos caminhos essenciais para atingir o cuidado integral das pessoas que fazem uso prejudicial de drogas (JÚNIOR, SILVA, NOTO, BONADIO, & LOCATELLI, 2015). Perceber a escassez dessas discussões nos CAPS já era algo problemático; todavia, quando o assunto era voltado para outros dispositivos de saúde, como as UBSs, foi possível perceber que era uma discussão a que os profissionais de saúde pouco tinham acesso.

Para que se tenha o preparo adequado para intervir e atuar com essa demanda, é necessário ultrapassar a simples transmissão de informação ou somente aplicar conhecimentos técnicos. A própria questão envolvendo a política sobre drogas no Brasil versa acerca de uma dualidade: de um lado uma política de saúde voltada à abordagem da redução de danos com o objetivo de emancipar o sujeito e reconhecer sua autonomia. Do outro lado, pelo caminho da política proibicionista, se aposta no discurso moral higienista, abarcando abordagens de isolamento em prisões, hospitais, clínicas de tratamento e outras instituições voltadas à prática da exclusão social (QUEIROZ, GOMES, REIS, KNUPP, & AQUINO, 2014).

Por isso, houve a necessidade de ampliar as discussões em torno da Redução de Danos na AB, por ser perceptível que era algo pouco abordado. Ainda mais, se considerarmos que a falta dessa discussão impactava diretamente no cuidado que era prestado para os usuários, já que é no território que eles habitam. Além disso, a ESF está próxima das pessoas para suprir suas necessidades básicas, enquanto serviço de porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

Refletindo sobre isso, os vínculos que foram formados no período de inserção na AB foram fundamentais para que esta pesquisa acontecesse e assim cumprisse com o objetivo de problematizar o cuidado ofertado ao usuário de álcool e outras drogas, a partir da perspectiva da RD, além de fortalecer essa discussão no Agreste Pernambucano. Para tanto, a relevância social desta pesquisa também vai ao encontro com o diálogo entre produção científica, *práxis* profissional e realidade social, propiciando uma produção acadêmica a partir do resultado da experiência nesse dispositivo de saúde – a UBS –, se comprometendo, sobretudo, com um fazer ético-político e com o SUS.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta é uma pesquisa qualitativa e interventiva, norteada por uma leitura hermenêutica dos fenômenos desvelados. Para tanto, partiu-se da seguinte inquietação transformada em questão norteadora: "Como a Atenção Primária à Saúde pode oferecer um cuidado pautado nas estratégias de Redução de Danos para usuários que fazem um consumo abusivo de substâncias psicoativas no Agreste Pernambucano?", pretendendo compreender o objetivo desta pesquisa.

A partir da leitura hermenêutica, a compreensão se torna fundamento essencial para a investigação, como afirma Critelli (1996). Quanto à pesquisa qualitativa, pode-se dizer que ela busca uma compreensão de questões singulares, priorizando, sobretudo, questões que não visam a quantificação, nem mesmo o controle ou a generalização dos resultados encontrados (MINAYO, 1994).

Esta pesquisa toma a narrativa abordada por Benjamin (1994) como caminho para compreender o fenômeno investigado. A narrativa:

[...] não está interessada em transmitir o 'puro em-si' da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para, em seguida, retirá-la dele. Assim, se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso. (BENJAMIN, 1985, p.205, aspas do autor).

A narrativa, então, aparece como um modo de contação da experiência, imprimindo uma forma própria de narrar, afastando-se, assim, de ser somente uma coleta de informações que intenta explicar fatos. Assim, para colher os depoimentos, foi utilizada a roda de conversação. Para esta intervenção/investigação, Santos

(2016) propõe, com os participantes colaboradores, um modo de se apropriar das falas que expressem sua experiência e compreendê-las, sendo, assim, uma convers(a)ção como caminho para a criação de sentido. A roda de conversação foi gravada em áudio.

Uma vez que este estudo teve uma leitura hermenêutica, considerando a singularidade dos depoimentos, sem a pretensão de universalização, foi trabalhado com uma “amostra intencional”: “[...] um pequeno número de pessoas que são escolhidas intencionalmente em função da relevância que elas apresentam em relação a um determinado assunto” (THIOLLENT, 1986, p.62). Foi possível uma escolha proposital das participantes colaboradoras, possibilitando considerar as especificidades do objetivo da pesquisa.

Foram 5 (cinco) participantes colaboradoras, sendo 4 (quatro) mulheres⁴ e 1 (um) homem, todas ACSs que trabalham em um município do Agreste pernambucano de uma UBS. Além do mais, serão exibidas as falas das participantes que são as ACS Estrela, Sol, Lua, Céu e Cometa, muito embora houvesse maior participação de duas delas e, por isso, na discussão, serão expostas mais narrativas de Lua e Sol.

Quanto ao procedimento técnico, após ser aprovado pelo comitê de ética⁵, foi realizada comunicação oral com as ACSs após uma visita na UBS para falar sobre a pesquisa, considerando que já havia um vínculo pré-estabelecido com elas em decorrência das vivências ocasionadas pela Residência Multiprofissional. Como critério específico do público participante, foram escolhidas as ACS que faziam parte do quadro ativo de profissionais da ESF naquele momento. Em seguida, o convite foi aceito pelas participantes colaboradoras e, no momento da realização da roda de conversação, foi exposto o objetivo da pesquisa, bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), afirmando sua colaboração a fim de realizar uma roda de conversação que foi gravada em áudio.

Durante a roda de conversação, foi lançada a questão norteadora: Como a Atenção Básica pode ofertar estratégias de cuidado pautado nas estratégias de RD

⁴ Devido à maioria das participantes colaboradoras terem sido mulheres, utilizaremos sempre o feminino para nos referirmos às participantes colaboradoras.

⁵ Pesquisa abrigada sob o Projeto Guarda-Chuva: “Ação Clínica no Cotidiano: Conversação sobre o Direito à Saúde, proposto pela Profa. Dra. Suely Emília de Barros Santos, aprovado pelo Comitê de Ética, CAAE: 87554318.7.0000.5207.

com usuários de SPAs? A partir desta questão, outras perguntas que se desdobraram: Como é trabalhar com RD especificamente? Como está sendo feita essa abordagem? E como é a articulação e a participação de outros profissionais? Quais são as dificuldades?

Posteriormente, como procedimento técnico, foi realizado: a) transcrição do áudio da roda de conversação; b) literalização – colocar a transcrição no formato de texto, possibilitando a compreensão, eliminando a identificação das participantes-colaboradoras, para assegurar o anonimato; c) autenticação – quando a roda de conversação já textualizada foi devolvida às participantes colaboradores para que estes pudessem veracizá-las, concedendo o direito de incluí-las no corpo da pesquisa; e d) análise dos depoimentos – momento em que foi incorporar o diálogo no texto dos envolvidos na pesquisa (SANTOS, 2005, p.92 e 93). O método utilizado para compreensão dos fenômenos desvelados foi a “Analítica do Sentido” de Critelli (1996). Para essa autora, a interpretação do real acontece por meio de cinco possibilidades de mostração do “movimento de realização”, apresentadas a seguir:

1. *Desvelamento* – modo como se dará a afetação pelos depoimentos dos sujeitos/narradores.
2. *Revelação* – vem do impacto que o desvelamento do fenômeno provoca. (O momento da compreensibilidade).
3. *Testemunho* – é a literalização (dizer a partir das palavras dos sujeitos/narradores).
4. *Veracização* – Nesse momento, será dado o *depoimento* acerca dos passos anteriores, articulando-os com os conhecimentos prévios encontrados durante essa produção.
5. *Autenticação* – é o momento que, por fim, a pesquisa será levada a público, autenticando-a. (SANTOS, 2005, p.92 e 93, grifos da autora).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENQUANTO PORTA DE ENTRADA DO SUS

A Atenção Primária à Saúde se constitui como porta de entrada do SUS, por meio da portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), enfatizando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioridade na expansão e consolidação da Atenção Básica. Essa proposta inovadora veio com o objetivo de romper com o até então modelo tradicional de saúde e centrar

a atuação na pessoa, valorizando a territorialização, resolutividade e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017).

Arelado à ESF, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde em 1991 e instituído pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da portaria do Gabinete do Ministro (GM) nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Isso contribuiu com as necessidades de saúde das pessoas no território e com as possibilidades que podem ser realizadas em prol da melhoria das condições de vida da comunidade.

A partir da implementação dessas mudanças paradigmáticas nas UBS, as equipes contidas na ESF atuam diretamente em ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde no território, acolhendo todas as demandas espontâneas da comunidade, incluindo as necessidades do indivíduo referente à saúde mental.

Em consonância, a portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, destaca no seu Art. 2º a atenção básica como:

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p.12).

Este artigo, além de especificar as ações desenvolvidas na AB, destaca que a Redução de Danos também precisa ser uma abordagem presente na APS. Isso se faz, considerando que essa é uma estratégia fundamental para lidar com usuários voltados para a saúde mental no território adscrito, com práticas que têm o objetivo de amenizar os danos ocasionados pelo uso abusivo de drogas psicoativas em situações em que os usuários não querem ou não podem parar de usar tais substâncias, focando essencialmente no sujeito e compreendendo a relação que é estabelecida com a droga (MACHADO; BOARINI, 2013).

O SUS, por meio da lei 8.080 (BRASIL, 1990), mesmo lidando com muitas dificuldades em todos os níveis de complexidade, ainda é uma política que preza pelo fortalecimento da APS e pela implantação dos seus princípios e diretrizes no contexto

brasileiro. Ademais, não deixa de lado serviços especializados contidos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como os CAPS, unidades de acolhimento, leitos de saúde mental em hospitais gerais, residências terapêuticas etc, inclusos na lei que trata a Política de Saúde Mental Nº 10.216/01 (BRASIL, 2001) que, por sua vez, tem como objetivo proteger e ampliar o cuidado no território através de ações psicossociais.

Apesar desse quantitativo de serviços, enquanto estratégias fundamentais para o cuidado do usuário no território, a Atenção Básica enfrenta grandes problemas no que diz respeito aos usuários que estão em sofrimento psíquico ou consumindo substâncias psicoativas de modo prejudicial. A problemática é referente aos poucos profissionais disponíveis na APS, a falta de autonomia, poucos processos educacionais para trabalhar a temática de drogas, falta de continuidade de processos formativos, escassez de educação permanente e a falta de comunicação entre os dispositivos da rede de saúde e intersetoriais (SOUZA; RONZANI, 2018).

Não obstante, ainda que a Reforma Psiquiátrica apresente incontáveis avanços, nos últimos anos, aconteceram desmontes e retrocessos que marcaram esse processo de conquistas. Conforme Cruz, Goncalves, Delgado (2020), no período referente a dezembro de 2016 a maio de 2019, ocorreram mudanças substanciais em alguns documentos normativos, como portarias, resoluções, decretos e editais, que constituíram a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS posteriormente chamada de "Nova Política Nacional de Saúde Mental" (BRASIL, 2019, p. 4). Essa 'nova política' objetivou incentivar à internação psiquiátrica e a separação da política sobre álcool e outras drogas, passando a ser denominada "política nacional sobre drogas", fortalecendo o financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões relacionadas do consumo de álcool e outras drogas.

Ainda sobre a "nova" Política Nacional sobre Drogas (PNAD), Costa (2019) discute a perspectiva de notar as drogas como patologia, fortalecendo o discurso da abstinência, a hegemonia do modelo biomédico, o retorno do tratamento asilar e a exclusão das pessoas em instituições que prezam pela privação de liberdade, indo de

encontro com as bases fundamentais da Reforma Psiquiátrica e, sobretudo, com as estratégias de RD.

Diante de todo esse desmonte, é preciso reafirmar o cuidado dos usuários em liberdade, no contexto em que estão inseridos, como protagonistas do seu tratamento, respeitando seus vínculos comunitários, familiares, culturais e religiosos. Embora os dispositivos de saúde e profissionais enfrentem todos esses atuais desafios, ainda é possível resistir e explorar as principais potencialidades de intervenção, fortalecendo os princípios e diretrizes do SUS.

Ademais, a importância de trabalhar com a saúde mental em serviços de Atenção Básica vai além da lógica de apoio matricial⁶. É necessário acionar a intersetorialidade, compartilhando a responsabilidade dos serviços e profissionais presentes na RAPS, com o intuito de contribuir com o trabalho horizontal e multidisciplinar.

Com a crescente presença de casos referentes à saúde mental no território, os usuários procuram a UBS queixando-se de vários tipos de problemas, dentre eles, alguns ligados aos mais variados tipos de comorbidades e/ou uso excessivo de substâncias psicoativas. Por isso, surge a necessidade de acionar e reafirmar as estratégias de Redução de Danos com todos os profissionais, especialmente aqueles que lidam diretamente com esse público, que são os/as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), já que eles/elas identificam as fragilidades no cotidiano e as potencialidades, na tentativa de viabilizar o cuidado integral à saúde de todos os cidadãos. Sendo assim, é possível perceber que a discussão sobre drogas é ampla e complexa, exigindo dos profissionais humanidade, respeito e acolhimento.

3.2 CONTEXTUALIZANDO A REDUÇÃO DE DANOS

Dentre as possibilidades de ações desenvolvidas pela ESF, se insere, nesse contexto, a Redução de Danos (RD). A história da RD no Brasil não é recente. A princípio, surge como uma proposta ousada no contexto brasileiro em Santos (SP), voltada para conter os altos índices de pessoas que estavam contraindo HIV,

⁶ Apoio matricial e equipe de referência são arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, com o intuito de aumentar as possibilidades da clínica ampliada e dialógica entre várias especialidades e profissões (MORAIS; TANAKA, 2012).

relacionado ao uso indevido de drogas injetáveis no final dos anos 1980 (ALVES, [2018?]).

No contexto internacional, as primeiras práticas de RD foram datadas aproximadamente em 1926, na Inglaterra, com o Relatório de Rolleston. O documento trata basicamente da necessidade dos usuários em situação de dependência de opiáceos poderem receber estas drogas sob prescrição de um médico, objetivando reduzir os danos em decorrência da substância que fazia uso, para viver o mais estável possível no contexto em que estava inserido (O'HARE, 1994).

Apesar disso, a Redução de Danos ainda representa uma abordagem ampla que inclui diversas ações e estratégias, não restrita às trocas de seringas. Também é considerada como:

uma estratégia que trata o consumo de drogas como questão de saúde pública; É uma abordagem dialógica, que valoriza a voz dos sujeitos para além do sintoma, considerando-os como produtores de conhecimento a respeito de seu próprio cuidado; Não julga, não pune e não exclui o paciente; Enxerga o usuário como pessoa que precisa de cuidados de saúde e não como criminoso ou degenerado; Opõe-se à 'Exigência de Abstinência' para todos os usuários; É comprovadamente eficiente no tratamento para dependência do álcool, da nicotina e de heroína; É a mais eficiente estratégia de cuidado para os pacientes com comorbidades graves; Diminui as barreiras para adesão ao cuidado; Amplia o universo dos pacientes atendidos; É compatível com as psicoterapias e busca a responsabilização pessoal e a autonomia (ALVES, [2018?], p. 3-4).

Além dos aspectos supracitados que envolvem a RD, as estratégias só são possíveis porque são sustentadas em quatro pilares: o primeiro é o pragmatismo, identificando o padrão de uso de drogas de cada pessoa, escolhendo, com sua participação, aquilo que é possível e viável dentro de seu contexto, de forma objetiva. O segundo é a tolerância, não julgando, não condenando e não criminalizando o comportamento dos usuários, realizando um exercício de compreensão e empatia entre o profissional e o usuário, pautado no respeito. O terceiro, por sua vez, é a diversidade, não ofertando apenas uma única estratégia de cuidado, mas sim diversificando as possibilidades de estratégias que mais se aproximem de suas necessidades. Por fim, a quarta é o vínculo, ancorada na relação de respeito e confiança, em que o paciente pode expor o que está ao seu alcance, ser ouvido e não julgado (ALVES, [2018?]).

Com tantas possibilidades de pensar as estratégias de Redução de Danos, põe-se em cheque diretamente a perspectiva da abstinência como única possibilidade de cuidado para o usuário e a internação como única forma de tratamento, considerando ainda que essas estratégias não excluem a abstinência do tratamento, se for o desejo do usuário no processo terapêutico (ALVES, [2018?]).

Assim, é possível pressupor que a RD compreende as necessidades do usuário, aciona suas redes de apoio, exige ações intersetoriais entres os serviços públicos, com o objetivo dos seus direitos serem viabilizados, a depender em que experiência e contexto de vida ele esteja inserido, enquanto paradigma ético e político.

4 DISCUSSÕES E RESULTADOS

4.1 DESAFIOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

A temática da educação permanente surgiu a partir de uma fala comum a todas as ACS: dificuldade de abordar RD no território sem preparo suficiente para isso. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) trata de propor uma aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, baseando-se na aprendizagem e considerando a possibilidade de transformar a *práxis* profissional (BRASIL, 2018). Dessa forma, se tornam essenciais momentos que propiciem espaços de educação permanente que abordem RD como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos profissionais.

A falta de preparo para intervir traz problemas significativos nas ações com os usuários, pois o pouco que as ACSs demonstraram saber sobre RD não é satisfatório para propiciar um dialogar interventivo. Isso foi expresso em algumas narrativas citadas adiante:

Palestra, a gente faz uma palestra, a gente sabe quem tá convidando, mas é uma palestra, aqui não é direcionada, é uma palestra disfarçada, uma coisa um pouco disfarçada, a gente fala do tema, as consequências daquilo, já que tá... viver o menos

perigoso possível. A gente faz, mas não diretamente como se fosse uma conversa (ACS Lua⁷).

Tá!... elas têm, porque a gente vai dando o nosso jeitinho de falar né, a pessoa. Mas, é como eu digo, eu sinto falta, acho, assim, que era para ter temas com profissionais que soubesse realmente o que tá falando, porque a gente fala muito superficial, porque a gente escuta o que o médico fala pelo conhecimento que a gente já tem, mas de conversar com a pessoa e dizer, olha o que tá acontecendo com seu corpo é assim... você pode fazer assim... para melhorar isso aí falta mais dos outros profissionais (ACS Lua).

Inclusive a gente já teve uma palestra sobre redução de danos, inclusive muito boa!!... só que aí né!?... no passado!!..., já faz um bom tempo (ACS Sol).

Quando eu falo em Redução de Danos, sinceramente, se a pessoa toma cana... tome água, pra não desidratar!!... e a gente sabe que é mais do que isso, mas nada foi colocado em prática!!... tem o que? Três ou quatro anos que esse tema foi colocado de redução, muito tempo!! (ACS Lua).

Está explícita, nos depoimentos acima, a necessidade de uma Educação Permanente referente à Redução de Danos com as ACSs. Essa carência de refletir com outros acerca de um fenômeno presente em seu fazer de ofício cotidiano se mostra como uma problemática, quando se busca abordar estratégias de redução de danos para serem utilizadas pelas ACSs no território. É, pois, o que afirmam Santos, Gomes e Falcão (2018, p. 175), “[...] a educação permanente propõe que o aprender e o ensinar devem estar inseridos no cotidiano do trabalho, visando o questionamento das próprias práticas profissionais, bem como dos modos de organização do trabalho”. Entretanto, os participantes colaboradores contam que,

Falta treinamento. Eu só consigo identificar de verdade mesmo o cigarro normal que ele é vendido, você já conhece, ou aquele idoso que usa aquele fuminho de rolo, mas olhar assim e dizer ‘ele tá fumando...’ [...]. E o cachimbo. Agora dizer assim, ‘a gente viu qual é a droga, as consequências da droga, o tempo de uso da droga’... a gente não sabe!!, que é profissional da área de saúde, mas a gente não sabe! É muito tema, é muito ouvir dizer, falta treinamento e muito (ACS Lua).

Às vezes a gente tem certos temas que a gente não tem tanta propriedade para passar, né?... a mensagem para os usuários e tal,

⁷ Foram utilizados nomes fictícios, a fim de preservar a identificação das participantes colaboradoras.

acho que uma capacitação maior, já que a gente tem elo com a comunidade, com a população maior (ACS Estrela)

As ACSs participantes apontam, como possibilidade de lidar com a dificuldade/limitação da falta/escassez da Educação Permanente, a articulação com outros profissionais tanto da UBS, como de outros setores, realçando que o ser profissional

[...] não se 'forma' apenas pela transmissão de conteúdos a serem aprendidos, mas também se constitui na conversação com outros a respeito da experiência, ocorrendo a possibilidade de dar sentido (direção) àquilo que vai sendo vivido na *práxis* profissional. (SANTOS; MENDONÇA; SILVA, 2017, p. 84, aspas dos autores).

Ainda nessa mesma vertente, as ACSs participantes comentaram que o pouco que sabem, devido a uma breve capacitação ofertada pelo município há muito tempo, não seja suficiente para orientar os usuários da melhor forma no dia a dia e destacaram que sentem necessidade de mais momentos como o que foi vivido na roda de conversação.

4.2 INTERDISCIPLINARIDADE E TRABALHO EM EQUIPE

Não querer participar [se referindo aos usuários], não querem, não tem tempo, tudo tem uma dificuldade ou diz logo, eu não gosto de palestra, mas a gente sabe que é muito difícil juntar esse pessoal (ACS Lua).

Bom seria fazer essas palestras na porta do bar (ACS Sol).

É, com profissional disponível e é o que falta, assim como os evangélicos fazem. Quando a gente consegue esse feito de trazer alguém... dez, vinte pessoas para ouvir uma palestra sobre alguma coisa que vai ser útil para aquela pessoa... aí, às vezes... o profissional falta, aí quebra o trabalho. [...] A gente tenta, a gente organiza com população, prepara o posto, conta com alguns colegas, mas tem hora que é preciso dizer 'você vai ter que fazer a palestra fulano!'. Eu acho que se tivesse mais disponibilidade né, ajudava muito, porque eles escutam [...]. Eu acho que o que falta é a palestra e ir na comunidade (ACS Lua).

Foi evidenciada a dificuldade das profissionais ACSs mobilizarem os usuários do território para participarem das palestras. Aqui podemos indagar: será essa a estratégia para chegar aos usuários? As narrativas parecem indicar que não. Além disso, para essa mobilização elas precisam de tempo, confiança e credibilidade para realizarem o convite e as pessoas participarem. O vínculo das ACSs com os usuários

do território, por vezes, é fragilizado quando conseguem organizar a palestra e o profissional responsável pela atividade no território falta, descumprindo com o que foi acordado, fragilizando a interdisciplinaridade da equipe.

Pode-se notar, também, a necessidade de conexão com outras profissões. Por isso, Zannon (1994) aborda a interdisciplinaridade veiculada as ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de vários profissionais com formações distintas quanto à área básica do conhecimento.

As ACSs, além de referirem à dificuldade com a articulação profissional e as parcerias, expressaram a problemática para conseguir adesão de alguns usuários. Demonstraram fundamentalmente precisar de vínculo, de confiança e disponibilidade de alguns profissionais para agendar as palestras e realmente executá-las. Chama a atenção um jeito muito inovador de utilizar a RD, que foi abordar suas estratégias diretamente no lugar que as substâncias psicoativas são consumidas, quando referiram a “porta do bar”. É importante considerar que formas criativas e interventivas devem ser sempre pensadas de modo que possa acompanhar a necessidade do usuário no lugar que ele habita, pois é no território que o cotidiano é vivido, como salienta o Ministério da Saúde, “[...] na realidade do dia a dia do território [...] é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de Saúde” (BRASIL, 2013, p.22).

As profissionais continuam narrando que a dificuldade para a realização das palestras não está restrita somente à dificuldade de mobilização para a participação dos usuários, mas, também, ao entrave de participação da equipe multiprofissional da UBS, como foi desvelado no depoimento da ACS Lua. É sabido que

Um dos principais fatores que dificultam a prática da interdisciplinaridade no trabalho das equipes é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária (LOCH-NECKEL, G. *et al.*, 2009).

É possível compreender que em seu cotidiano se manifesta a dificuldade em contar com a equipe multiprofissional para integrar ações e saberes de distintos

setores a fim de encontrar alternativas uma solução comum para demanda existente, ou seja, a superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especificidades de cada área profissional (LOCH-NECKEL, G. *et al.*, 2009).

Tudo isso demonstra a problemática para estabelecer parcerias com o objetivo de intervir de modo multiprofissional na mobilização dos usuários nas ações de RD no território. Ocorre que, com o cancelamento das palestras, as ACSs vivenciam a dificuldade de organizar outro momento com a comunidade, pois a ausência de outros profissionais interfere diretamente em seus vínculos com os usuários, tornando-os frágil.

4.3 ESTIGMA SOCIAL E A NECESSIDADE DE UM CUIDADO HUMANIZADO

Cabe enfatizar as narrativas direcionadas ao cuidado humanizado no campo da saúde mental e na Atenção Básica, principalmente porque os trabalhadores estão resguardados por uma Política de Humanização. Tal política tem um compromisso pautado na autonomia e no protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, valorização, respeito e solidariedade entre os vínculos estabelecidos, primordialmente dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão a fim da produção de saúde (OLIVEIRA, 2010).

Esse cuidado humanizado (BRASIL, 2009) não só é importante para reconhecer os limites dos trabalhadores na Atenção Básica, como para lidar com os usuários. Isso implica equipes com o objetivo de enfrentar desafios, superar limites e experimentar modos diferentes de organização dos serviços e de produção em saúde, sobretudo, quando são considerados os estigmas que acompanham as pessoas que buscam a UBS e fazem uso de substâncias psicoativas, como foi revelado:

E outra coisa... se fala em redução de danos... um exemplo, tem um assistindo meu que usa droga e dizer vai lá no posto pegar uma camisinha, uma seringa. Olha minha gente... vamos ser sinceros, não tô falando agente de saúde, eu tô falando como um todo, o posto em si. Dizem a ele que veio atrás de uma seringa, é bom porque não vai compartilhar! Aí vem a pergunta do profissional: 'para que a seringa?' Ele não vai dizer. 'Pra que é a seringa?' Tem preconceito com relação a essas pessoas também, e se ele procurar o sistema, não tem acolhimento. (ACS Sol).

Eu acho assim... muito preconceito!!... principalmente na área da saúde. É mais o preconceito!! Tem que trabalhar mais a cabeça dos profissionais para ver a pessoa como ser humano (ACS Sol).

Quem faz o uso... para reconhecer é difícil! E aí a pessoa vai procurar ajuda e tem todo um preconceito! (ACS Estrela).

Isso é muito difícil da gente perceber, entrar nesses detalhes da quantidade do uso, porque assim, a maioria, a gente sabe que eles usam, mas eles não chegam pra dizer, nem no nosso relatório não tem. Na minha área ali a gente encontra um beco que sabe que só é o que tem, mas no meu relatório você vai ver que lá tem oito pessoas que usam, porque as outras não podem declarar, e se eles não declaram a gente não coloca (ACS Cometa).

As narrativas desvelam o preconceito e o estigma direcionados aos usuários de substâncias psicoativas que buscam atendimento na UBS. Vale ressaltar que:

O estigma do lugar social ocupado pela droga, quando internalizado pelos profissionais de saúde e educadores, torna muito difícil a relação com os usuários, interferindo na percepção dos seus valores como pessoas e reduzindo-os a uma só condição: a de usuários de drogas. Isso, evidentemente, afasta essas pessoas dos serviços de educação, suporte social e saúde, agravando ainda mais os desvios porventura existentes. Sem dúvida, aquele profissional que tem uma visão pré-formada e preconceituosa do usuário e do uso de drogas terá uma maior dificuldade para realizar um trabalho, tanto de prevenção quanto de tratamento ou de reinserção social (RONZANI; ANDRADE, 2006).

Quando o estigma ocupa espaço significativo na intervenção dos profissionais de saúde, impacta diretamente o modo de lidar com o usuário, fragilizando os vínculos entre usuários e ACSs e dificultando o acontecer do cuidado que deveria ser ofertado para ele. Em contrapartida, uma mudança no modo de agir, ouvindo e se sensibilizando com a demanda trazida pelo usuário, resultará em um acolhimento cuidadoso, inclusive fortalecendo os princípios da Redução de Danos (pragmatismo, tolerância, diversidade e vínculo) já citados aqui anteriormente.

Provavelmente, em virtude do preconceito, há outra denúncia nas narrativas acima, referente ao modo como o "acolhimento" é realizado. É possível, então, indagar: há acolhimento? O acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2009) é um modo de cuidar, o momento em que se estabelece a formação de vínculo e escuta com o usuário, objetivando construir uma relação de confiança e compromisso, possibilitando a construção de um projeto

terapêutico legítimo e singular, viabilizando a autonomia do sujeito no seu processo de produção de saúde (VANGRELINO *et al.*, 2018). Vale ressaltar que a forma de o usuário ser acolhido vai impactar diretamente no seu acompanhamento/tratamento: de modo favorável, quando bem acolhido; ou desfavorável, quando mal acolhido ou não acolhido.

4.4 ADOECIMENTO DO TRABALHADOR NO COTIDIANO DE TRABALHO

Quanto a nós, agente de saúde, é o mínimo, né!? A gente vê a situações, mas fica difícil trabalhar. E eu infelizmente... acabo adoecendo, porque eu me estresso, porque eu quero resolver, porque eu quero que a pessoa saia daquela situação, aí pronto! (ACS Sol).

É porque muita coisa não depende só da gente né? Mas, a gente quer resolver... (ACS Céu).

Foi narrada outra inquietação das ACSs referente ao modo como elas se implicam para resolver os casos no território, trazendo suas vivências do trabalho para vida pessoal. Somada a isso, existe a falta de cuidado voltada para saúde do trabalhador, que vai afetando diretamente a saúde mental, podendo acarretar um processo de adoecimento. Sabe-se que

Muitas pessoas que sofrem em função de sua profissão e têm manifestado diversos sintomas e, até mesmo, adoecimento psíquico não têm encontrado acolhimento de 'sua dor' nos serviços de saúde do SUS. Suas falas, seus relatos e suas vidas no trabalho não têm sido um tema comumente escutado pelos profissionais que atuam na saúde mental e do trabalhador nos serviços públicos de saúde (PEREZ; BOTTEGA; MERLO, 2017, p.288).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, por meio da Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença, destacando o capítulo I, do artigo 6 como:

[...] as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores" (BRASIL, 2012).

Percebe-se, então, as fragilidades dessas profissionais por não trabalharem as inquietações que surgem com as demandas de trabalho, e a fragilidade da rede de saúde em ofertar estratégias de cuidado em prol da atenção integral à saúde dos trabalhadores. Por isso, há a necessidade de um olhar direcionado para ações que cumpram os requisitos básicos da legislação, principalmente articuladas com cuidados voltados para saúde mental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa aponta para a importância de abordar estratégias de RD na APS mediante a *práxis* profissional do ACS no território. Procura, também, identificar algumas inquietações que dificultam o desenvolvimento das ações em saúde mental, corroborando com a ideia da necessidade de uma rede de atenção à saúde (RAS) bem articulada, com profissionais preparados e a presença de cuidado humanizado para lidar com o usuário que faz uso abusivo de SPAs e procura a UBS.

Foram apontadas, primordialmente, as necessidades e dificuldades das ACSs no seu cotidiano, sendo compreendidas, por meio das narrativas, as principais barreiras que prejudicam a realização de suas intervenções, como o pouco investimento em educação permanente, a fragilidade na intersetorialidade e no cuidado humanizado, os problemas relacionados a preconceitos/estigmas nos serviços de saúde e o adoecimento das ACSs no trabalho. É imprescindível o cuidado para abordar essas questões e pensar sobre os impactos que elas podem produzir no fazer de ofício dessas trabalhadoras para responder às demandas que são postas no cotidiano profissional. Para que haja resolutividade no espaço da APS referente a essa demanda, é necessária uma rede em saúde e intersetorial necessariamente articulada, que considere as particularidades dos determinantes sociais e a complexidade que envolve questões coletivas e individuais que abarquem o uso de drogas.

Como possíveis estratégias de cuidado pautadas na Redução de Danos dos usuários que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas no território, as ACSs apontam que é necessário envolvimento por parte de profissionais da própria UBS, bem como parceria com outros profissionais do SUS. Além disso, enfatizam a

necessidade de colaboração de outros setores de saúde, investimento em momentos de formação e capacitação, com uma estratégia de educação permanente, compartilhamento de casos presentes nos serviços, pela intersetorialidade e cuidado humanizado.

Desse modo, há a compreensão da potencialidade no trabalho da ACS que contribuem em prol de uma intervenção humanizada, ética, política, transformadora e criativa, no território. Tal prática vai de encontro aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, para acolher e agir de acordo com as necessidades de cada usuário.

Por fim, o debate sobre o fortalecimento da RD na APS é legítimo e precisa ser reafirmando, porque dialoga, sobretudo, com a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira e deve resistir a qualquer desmonte que seja proposto ou executado na RAPS.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. B. (coord.) Curso de capacitação em redução de danos para profissionais de saúde de Santa Catarina. Santa Catarina: Secretaria de Saúde de Santa Catarina; Ministério da Saúde, [2018?].

BENJAMIN, W. O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: BENJAMIN, W. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. 7. ed. São Paulo: Brasiliense 1994. p. 197-221.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF:

Ministério da Saúde, [2002]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O Humaniza SUS na atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/lil-535513> Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de atenção básica, n. 34). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Presidência da República. 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. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica 11/2019. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas**. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2021.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. "Museu de grandes novidades" análise preliminar da nova-velha política sobre drogas (DECRETO Nº 9.761, DE 11 DE ABRIL DE 2019)

CRITELLI, M. D. Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC/Brasiliense, 1996.

Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/155620/151263>.

Acesso em: 12 abr. 2020.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; Weber and DELGADO. **Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019.** *Trab. educ. saúde* [online]. 2020, vol.18, n.3, e00285117. Epub July 15, 2020. ISSN 1981-7746. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 20 mai. 2021.

LOCH-NECKEL, G. *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1463-1472, out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800019>.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia ciência e Profissão* [online], 2013, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>. Acesso em: 12 abr. 2020.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. DE S. *et.al.* (orgs.). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 9-29.

MORAIS, A. P. P.; TANAKA, O. Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na Atenção Básica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 161-170, 2012.

QUEIROZ I. S., GOMES A. P., REIS A. L., KNUPP D. F. D., & AQUINO C. R. (2014). Repertórios interpretativos de profissionais da rede de saúde mental e atenção primária de Belo Horizonte sobre uso de drogas. *Saúde Debate*, 38, 80-93. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140005>.

O'HARE, P. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In: MESQUITA, F.; BASTOS, F.I. (Org.). *Drogas e Aids: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 65-78.

OLIVEIRA, V. M. de O. Política Nacional de Humanização: o que é, como implementar: uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/1827>. Acesso em: 12 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (org.). **Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas**. São Paulo: Rocca, 2006. Tradução Fábio Corregiari.

PEREZ, K. V.; BOTTEGA, C. G.; MERLO, A.R.C. Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação. *Saúde em Debate*, [online], v. 41, n. 2, p. 287-298, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s224>. Acesso em: 12 abr. 2020.

RONZANI, T. M; ANDRADE, T. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. *In: SENAD. Sistema para Detecção de Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas*, Brasília, DF: SENAD, 2006, p. 25-32. Disponível em: <http://aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094741-001.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2020.

SANTOS, S. E. de B. "Olha!... arru(a)ção!?!..." a ação clínica no viver cotidiano: conversação com a fenomenologia existencial. 2016. Dissertação (Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2016.

SANTOS, S. E. de B. A experiência de ser ex-esposa: uma oficina sociopsicodramática como intervenção para problematizar a ação clínica. 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco: Recife, 2005.

SANTOS, S. E. de B; GOMES, W. da S.; FALCÃO, R. E. A. Para Falar de Formação... a residência multiprofissional em saúde mental, numa comunidade quilombola. *In: LIMA, M. M. A; FREITAS, V. L. C. de; SILVA, L. N. da. (orgs.). Aprender ensinando, ensinar aprendendo: diálogos entre formação, saberes e práticas docentes*. Curitiba.: CRV, 2018. p. 173-185.

SANTOS, S. E. de B; MENDONÇA, É de S; SILVA, T. V. A. da. Formação Acadêmica: entre a prescrição e a inventividade. *In: SILVA, T. R.da; ALENCAR, A. F. de (Orgs.). Educação e desafios do tempo presente*. Curitiba: CRV, 2017. p. 82-95.

SOUZA, F. É.; RONZANI, T. M. Desafios às Práticas de Redução de Danos na Atenção Primária à Saúde, **Psicologia em Estudo** [online], v. 23, p. 59-68, 2018 DOI 10.4025/psicoestud.v23.37383. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/37383>. Acesso em: 12 abr. 2020.

THIOLLENT, M. Metodologia da Pesquisa-ação. São Paulo: Cortez, 1986.

TURATO, E. R. Tratado da metodologia da pesquisa clínica-qualitativa. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VANGRELINO, A. *et al.* Acolhimento de usuários de substâncias psicoativas pela equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial III. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas [online], v. 14, n. 2, p. 65-72, 2018. DOI 10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000321.

ZANNON, C. M. L. da C. Desafios à psicologia na instituição de saúde. Psicologia ciência e Profissão, Brasília, v. 13, n. 1-4, p. 16-21, 1993. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931993000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-98931993000100004>.