Mary Anne Vieira da Silva
Marcos Antônio Cunha Torres
Marcelo de Mello
Loçandra Borges de Moraes
Ana Paula da Costa Oliveira
[Organização]

CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA

Debates sobre o uso de crack, álcool e outras drogas

EDITORA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS

Presidente
Antonio Cruvinel Borges Neto (Reitor)

Vice-Presidente
Claudio Roberto Stacheira
(Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação)

Coordenadora Geral
Elisabete Tomomi Kowata

Revisão Técnica
Thalita Gabriele Lacerda Ribeiro

Revisão Linguística e textual
Danila Laiana da Silva Mello
Ewerton de Freitas Ignácio

Projeto Gráfico e Capa
Adriana da Costa Almeida

Conselho Editorial

Carla Conti de Freitas (UEG)
Elizete Beatriz Azambuja (UEG)
Francisco Ramos de Melo (UEG)
Janes Socorro da Luz (UEG)
Joana D'arc Bardella Castro (UEG)
Joelma Abadia Marciano de Paula (UEG)
José Leonardo Oliveira Lima (UEG)
Léo Carrer Nogueira (UEG)
Luciana de Souza Ondei (UEG)
Luciana Rebelo Guilherme (UEG)
Maria Aurora Neta (UEG)
Maria de Fátima Oliveira (UEG)
Olira Saraiva Rodrigues (UEG)
Thatiana Rodrigues Salgado (UEG)
Vandervilson Alves Carneiro (UEG)

CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA

Debates sobre o uso de crack, álcool e outras drogas

Organizadores
Mary Anne Vieira da Silva
Marcos Antônio Cunha Torres
Marcelo de Mello
Loçandra Borges de Moraes
Ana Paula da Costa Oliveira

Apoio Financeiro
Ministério da Justiça e Cidadania – MJ
Secretaria Nacional Antidrogas do Ministério da Justiça – SENAD

Realização
Universidade Estadual de Goiás – UEG

Execução
Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Estudantis – PrE

Parceria
Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Territórios e Expressões Culturais no Cerrado – TECCER

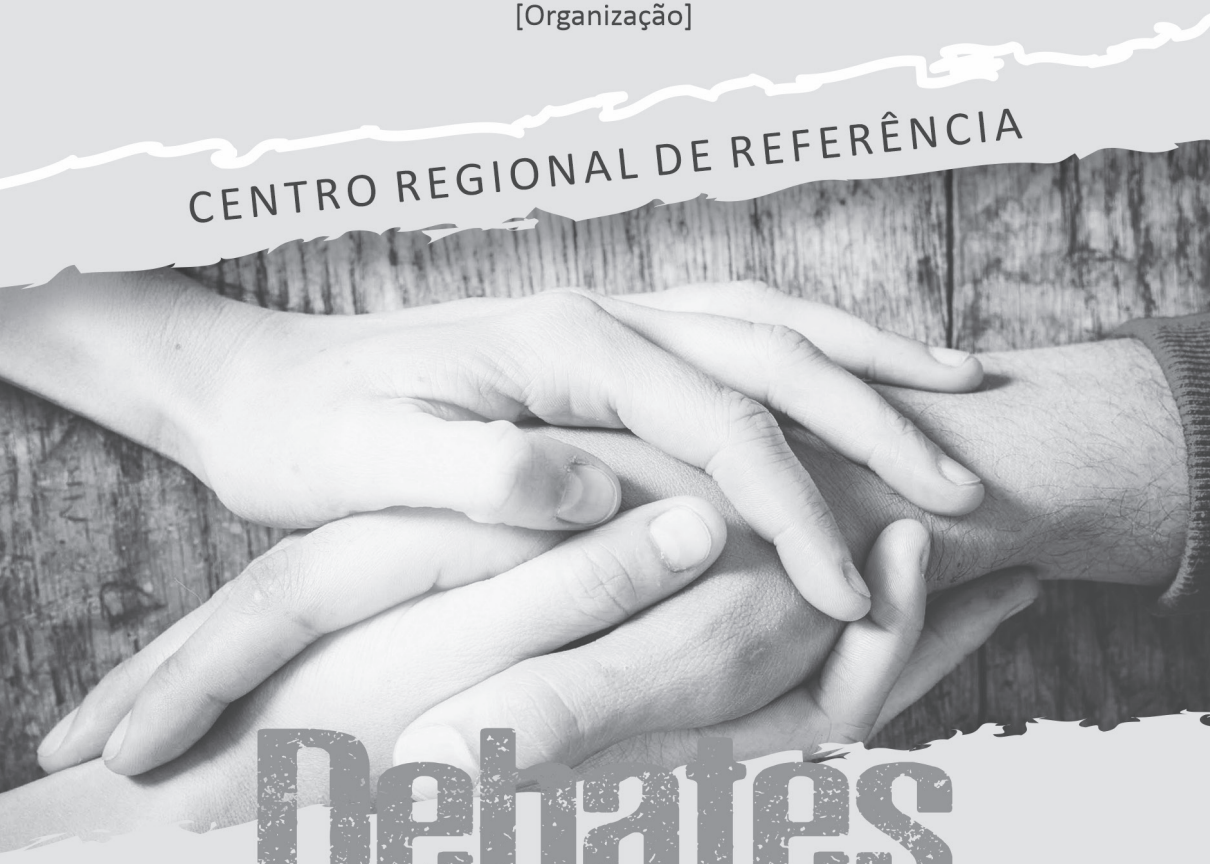
Bolsistas
Ana Cecilia da Silva Marques
Erika Munique de Oliveira
Humberto de Carvalho
João Gabriel Alves dos Santos
Maila Luiza Marangon Lopes
Vinicius Alves Modesto e Silva

Apoio Técnico
Ana Paula da Costa Oliveira
Thiago Honorato da Silva
Frank Rocha Batista

Conteúdo Digital
WiiD – Work in Ideas

Mary Anne Vieira da Silva
Marcos Antônio Cunha Torres
Marcelo de Mello
Loçandra Borges de Moraes
Ana Paula da Costa Oliveira
[Organização]

CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA



Debates sobre o uso de crack, álcool e outras drogas

EDITORA UEG

ANÁPOLIS-GO | 2021

© 2021, Editora UEG

A reprodução não autorizada desta publicação, por qualquer meio,
seja total ou parcial, constitui violação da Lei no 9.610/98.

Universidade Estadual de Goiás
Pró-Reitoria de Graduação

Coordenação de Programas e Projetos
Sistema Integrado de Bibliotecas Regionais (SIBRE)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C397 Centro Regional de Referência : debates sobre o uso de crack, álcool e outras drogas [recurso eletrônico] / Mary Anne Vieira da Silva, Marcos Antônio Cunha Torres, Marcelo de Mello, Loçandra Borges de Moraes, Ana Paula da Costa Oliveira (Orgs.) – Anápolis: Editora UEG, 2021.

223 f. : il.; PDF; Color.

ISBN 978-65-88502-12-9

1. Drogas. 2. Dependência Química. 3. Ações Sociais. 4. Metodologias Ativas. I. Título. II. Silva, Mary Anne Vieira da. III. Torres, Marcos Antônio Cunha. IV. Moraes, Loçandra Borges de. V. Oliveira, Ana Paula da Costa. VI. Universidade Estadual de Goiás – UEG.

CDU – 615

Bibliotecária: Mariana Oliveira Soldera – CRB1/3100

Esta obra é em formato de e-Book e foi um produto de um convênio firmado entre o Ministério da Justiça (MJ) e a Universidade Estadual de Goiás (UEG) para a criação do Centro Regional de Referência da Universidade Estadual de Goiás (Convênio n. 760159/2011–CRR) e da renovação do convênio firmado entre a Secretaria Nacional Antidrogas do Ministério da Justiça (SENAD) e a Universidade Estadual de Goiás (Convênio n. 181/2015/CGPES-SENAD/DACPD/SENAD). A exatidão das referências, a revisão gramatical e as ideias expressas e/ou defendidas nos textos são de inteira responsabilidade dos autores.

EDITORA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS
Br-153 – Quadra Área – CEP: 75.132-903 Fone: (62) 3328-1181 – Anápolis -GO
www.editora.ueg.br / e-mail: revista.prp@ueg.br, editora@ueg.br

Sumário

Apresentação 9

1 Prevalência do tabagismo e do grau de dependência da nicotina entre universitários 15
Cristiane Alves da Fonseca

2 Conhecimentos, habilidades e atitudes para o trabalho nos consultórios na rua 37
Marcelo Pedra Martins Machado
Elaine Teixeira Rabello

3 Aspectos químicos, toxicológicos e genéticos associados à cocaína, anfetaminas e seus derivados: uma revisão 69
Carla Rosane Mendanha da Cunha
André Luiz Araújo Pereira
Liliane de Sousa Silva

4 Caracterização das ações das equipes de consultórios na rua 104
Marcelo Pedra Martins Machado
Maria Fabiana Damásio Passos

5 Samba com a rua: estratégia de cuidado para o uso de álcool e outras drogas 136
Fernanda Ortins Silva
Gleyson Batista Rios
Marcos Antônio Alves Filho

6 Goiânia e Aparecida de Goiânia: a produção de cracolândias e a drogadição juvenil. 163
Marcelo de Mello

7 Potencialidades de um Centro Regional de Referência em álcool e outras drogas com o uso de metodologias ativas 193
Adriele Cristina
Paula C. da Silva Dias
Carolina F. S. de Oliveira
Mayk da Gloria Machado
Marcia Landini Totugui
Erika de Sene Moreira
Fernanda Costa Nunes
Ana Caroline G. Cavalcante
Sabrina Dias Fonseca
Wesley de Assis
Decio Castro Alves
Polyana Messias
Regilene Conceição Moreira

Sobre os autores 216

Apresentação

O livro *Centro Regional de Referência: debates sobre o uso de crack, álcool e outras drogas* tem como proposta apresentar a questão do enfrentamento ao uso de drogas em uma perspectiva ampla. A dimensão do enfrentamento aqui anunciado não indica a intenção de lidar agressivamente com um inimigo externo e desconhecido a ser vencido. Na realidade, o enfrentamento indicado se pauta na necessidade de rompimento com um estado de negação/omissão, no qual as "drogas" e seus problemas correlatos aparecem como produtos da ação exclusiva de traficantes e outros criminosos: de pessoas estranhas à vida edificada em cenários idealizados.

O presente volume é produto de um convênio firmado entre o Ministério da Justiça e a Universidade Estadual de Goiás, que empreenderam esforços com vistas à criação do Centro Regional de Referência da Universidade Estadual de Goiás, convênio n. 760159/2011–CRR. As iniciativas

produtoras do Centro ocorreram em duas etapas: a primeira executada entre os meses de outubro a dezembro de 2012, sob a coordenação do professor Flávio Antônio dos Santos; a segunda iniciada em 2015, após renovação da vigência do convênio n. 181/2015/CGPES-SENAD/DACPD/SENAD, sob a coordenação da professora Mary Anne Vieira Silva.

Neste contexto, o convênio foi prorrogado, por meio do parecer n. 181/2015/CGPES-SENAD/DACPD/SENAD, até 31 de dezembro de 2016. A partir da prorrogação, foram realizados estudos e planejamentos, com equipes do Ministério da Justiça, junto à SENAD, em conjunto com a equipe do Projeto REDES de Aparecida de Goiânia; bem como com a Universidade Estadual de Goiás. A partir das iniciativas empreendidas, contatos foram realizados e relações construídas. Como produto dos contatos e relações, temos esta pequena contribuição.

Os artigos constituidores desta publicação evidenciam diversas faces de realidades em que a drogadição se faz presente. Faces reveladoras de demandas por informação/comunicação. O conjunto de textos aqui publicados aproxima espaços distintos, como um câmpus universitário e a rua: uma aproximação estabelecida por um fenômeno revelador de contingências humanas.

Nesse sentido, a problemática do enfrentamento ao álcool, crack e outras drogas é caracterizada pela superação das fronteiras delimitadas por etnias, rendas ou credos: nenhum lugar, nenhuma população está imune às suas

repercussões. Portanto, é possível identificar certa democratização nas demandas construídas neste enfrentamento.

Como contribuição para o entendimento de intrincados processos, Cristiane Alves da Fonseca, em seu artigo intitulado *"Prevalência do tabagismo e do grau de dependência da nicotina entre universitários"*, apresentou estudo que avaliou a prevalência de tabagismo e o grau de dependência da nicotina entre acadêmicos fumantes do Câmpus de Ciências Exatas e Tecnológicas da Universidade Estadual de Goiás. A pesquisa chamou a atenção para futuras intervenções no combate ao tabagismo, além de embasar programas abrangentes de controle do tabaco e seus derivados no meio acadêmico.

Marcelo Pedra Martins Machado e Elaine Teixeira Rabello apresentaram os resultados da pesquisa "*Conhecimentos, habilidades e atitudes para o trabalho nos consultórios na rua*". Os autores abordaram os Consultórios na Rua como componentes da Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e destacaram as possibilidades de ação das equipes multiprofissionais, que desenvolvem suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, por meio de parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território. O trabalho ressalta, ainda, que as atividades das equipes incluem os cuidados primários, com ênfase na busca ativa aos usuários de álcool e outras drogas, e na lógica da redução de danos.

Carla Rosane Mendanha da Cunha, André Luiz Araújo Pereira e Liliane de Sousa Silva, no artigo "*Aspectos químicos, toxicológicos e genéticos associados à cocaína, anfetaminas e seus derivados: uma revisão*", enfatizaram que a cocaína e a anfetamina são drogas psicoestimulantes que atuam no sistema nervoso central (SNC), interferindo na disponibilidade de neurotransmissores na fenda sináptica. No estudo, os autores aglutinaram informações disponíveis na literatura científica referente aos aspectos estruturais, à atividade e aos mecanismos de ação, toxicologia e alterações morfofisiológicas, além das bases genéticas e moleculares relacionadas à cocaína, anfetaminas e seus derivados.

Marcelo Pedra Martins, agora articulado com Maria Fabiana Damásio Passos, no texto "*Caracterização das ações das equipes de Consultórios na Rua*", ressalta a criação, em 2009, da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR). Os autores enfatizaram a intensa participação dos movimentos sociais no processo de criação da PNPR. O foco na Atenção Básica também é destacado devido a sua capilaridade no contexto dos serviços e das estratégias de coordenação, uma vez que se configura como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

Gleyson Batista Rios, Fernanda Ortins Silva e Marcos Antônio Alves Filho, no artigo "*Samba com a rua: estratégia de cuidado para o uso de álcool e outras drogas*", abordou o fenômeno do uso das drogas por pessoas em situação de rua. O texto indicou elementos que se apresentaram como

importantes para uma análise sobre o uso problemático de álcool e outras drogas e para construção de processos terapêuticos, bem como identificou o papel do lazer na construção de vínculos entre unidade/trabalhador da saúde mental e as pessoas em situação de rua que se enquadram na situação contemplada pelo estudo.

Marcelo de Mello, por meio da pesquisa intitulada "*Goiânia e Aparecida de Goiânia: a produção de cracolândias e a drogadição juvenil*", promoveu um lugar de encontro entre corpos, espaços, cidades, jovens e a questão da drogadição. Um encontro motivado pela leitura de um livro de Guattari (1992), que privilegia os três primeiros elementos destacados. A inserção dos jovens e da drogadição está associada a uma pesquisa centrada no enfretamento ao álcool, crack e outras drogas em Aparecida de Goiânia-GO, desenvolvida por meio da parceria entre a Universidade Estadual de Goiás e o Ministério da Justiça.

Por fim, temos o relato de experiência "*Potencialidades de um centro regional de referência em álcool e outras drogas com o uso de metodologias ativas*", produzido pela equipe do curso de atualização em atenção integral para usuários de crack e outras drogas do município de Aparecida de Goiânia. Nesse relato, os autores expõem as experiências sobre a implantação de um Centro Regional de Referência em álcool e outras drogas (CRR). O objetivo foi apresentar o uso de metodologias ativas e problematizadoras capazes de convidar à reflexão sobre o uso de álcool e outras drogas

na comunidade, envolvendo e transformando alunos em agentes de cuidado nos espaços em que estão inseridos, fortalecendo os recursos existentes no território.

Os organizadores

1

Prevalência do tabagismo e do grau de dependência da nicotina entre universitários

Cristiane Alves da Fonseca

Nas últimas décadas, os padrões de morbimortalidade sofreram modificações profundas, sendo que a predominância das mortes deixou de ser por doenças infectocontagiosas para ser decorrente de doenças ligadas ao estilo de vida. Esse processo é conhecido como transição epidemiológica e afetou inicialmente os países de alta renda, mas posteriormente chegou aos países de renda média e baixa, sendo que nesses o processo ocorreu de maneira acelerada (RAMIS *et al.*, 2012, p. 377).

Entre os comportamentos prejudiciais destaca-se o tabagismo, principal causa de morte evitável e um dos maiores desafios da saúde pública na atualidade. Segundo a

Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), em 2004 cerca de seis milhões de pessoas morreram no mundo devido a causas relacionadas ao tabaco. O impacto sobre a saúde decorrente do seu uso é bem conhecido: responsável por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cérebro-vascular e 30% das mortes por câncer e, apesar de todo o conhecimento científico acumulado sobre os riscos do tabaco, as tendências no seu consumo ainda são alarmantes. Estima-se que, caso não sejam tomadas medidas pertinentes para o seu controle, em 2030 haverá cerca de 8 milhões de mortes por ano provocadas pelo tabagismo, sendo 80% dessas mortes nos países em desenvolvimento (INCA, 2012).

Pesquisas efetuadas sobre a etiologia do consumo do tabaco indicam que fumar é um comportamento fundamentalmente psicossocial, ou seja, motivado por influências psicológicas e sociais. Isto significa que, sempre que as pessoas são confrontadas com mudanças no seu ambiente social, elas correm maior risco de iniciar a carreira de fumante (PRECIOSO, 2004).

Vários estudos no Brasil e no mundo mostram que o hábito de fumar se instala precocemente, já que 80% dos atuais adultos fumantes declararam ter se iniciado no tabagismo antes dos dezoito anos de idade. Diversas pesquisas mostram que a população universitária corrobora para os

dados estatísticos relacionados ao tabagismo (CLARO *et al.*, 2012, p. 28).

Alguns estudos evidenciaram que o consumo se inicia antes do ingresso na universidade, e outros mostraram que há um aumento crescente durante o período universitário. Estes estudos nos induzem ao pensamento de que nem sempre o meio universitário é o ponto de partida para o consumo do tabagismo (RAMIS *et al.*, 2012, p. 378).

Entretanto, é preciso considerar que o jovem em idade universitária sofre profundas mudanças de vida que envolve aspectos diferentes, tais como: a escolha de uma carreira profissional, um processo de socialização totalmente diferenciado do mantido até então, o que pode envolver o afastamento da família e uma intensa sensação de liberdade e autonomia; o início de uma construção de futuro seguindo as perspectivas idealizadas, e ainda outros fatores, como o fato de não mais ser visto pela sociedade como um adolescente e sim como um adulto com responsabilidades financeiras e sociais. Todas essas alterações influenciam de forma direta o estilo de vida dos universitários (CARDOSO; SANTOS; BERARDINELLI, 2009, p. 369), tornando-os vulneráveis às circunstâncias que colocam em risco a saúde. Por isso, a adoção ou a manutenção de hábitos saudáveis, tais como alimentação equilibrada, prática regular de exercícios físicos e o não uso de drogas nessa fase pode representar um importante passo para a consolidação desses hábitos pelo resto da vida (RAMIS *et al.*, 2012, p. 378).

Ao abordar o domínio familiar e a sua influência na utilização de substâncias psicoativas pelos jovens e adolescentes, destacam-se, como fatores de proteção contra o uso de drogas, o estabelecimento de fortes vínculos entre pais e filhos, a criação de regras e a imposição de limites claros e coerentes, além da monitorização, supervisão e apoio aos jovens nas suas decisões e atitudes, adotando principalmente o diálogo como prática comum na rotina familiar. O ambiente familiar acaba por influenciar o jovem a experimentar as drogas utilizadas pelos pais e parentes próximos, característica esta que preocupa, uma vez que o uso cotidiano de álcool e tabaco em domicílios brasileiros é elevado (MORENO; VENTURA; BRÊTAS, 2009, p. 355).

Essa informação confirma a tendência mundial de aumento da prevalência do uso de cigarros entre a população de adolescentes e adultos jovens, principalmente entre os estudantes universitários, que são considerados público com grande suscetibilidade de envolvimento com o tabaco (ANDRADE *et al.*, 2006, p. 24).

A prevalência de uso de tabaco é uma das medidas mais importantes para que se conheça a magnitude do problema em uma população. Além de fornecer um diagnóstico do problema, a repetição periódica de estudos de prevalência, em um mesmo grupo populacional, é particularmente útil porque permite identificar as tendências de comportamento desse grupo, além de propulsionar que medidas antitabagistas sejam direcionadas prioritariamente a essa população.

Dessa forma, dada a magnitude da problemática do tabagismo e seu crescimento entre os jovens, este estudo objetivou avaliar a prevalência de tabagismo e o grau de dependência da nicotina entre acadêmicos fumantes do Câmpus de Ciências Exatas e Tecnológicas da Universidade Estadual de Goiás, visto que o hábito precoce aumenta o tempo de exposição aos componentes do tabaco, possibilitando o surgimento de doenças a longo prazo, o que onera o Sistema de Saúde Pública no Brasil.

Materiais e métodos

O presente estudo foi realizado no Câmpus de Ciências Exatas e Tecnológicas da Universidade Estadual de Goiás, na cidade de Anápolis. A população de estudo envolveu os 1513 acadêmicos devidamente matriculados em todos os cursos oferecidos pelo Câmpus em questão: Arquitetura e Urbanismo, Ciências Biológicas, Engenharia Agrícola, Engenharia Civil, Farmácia, Licenciatura em Física, Licenciatura em Química, Matemática, Química Industrial e Sistemas de Informação.

Dentre o universo foram amostrados 541 alunos que atendiam aos seguintes critérios de seleção de sujeitos: acadêmicos de ambos os sexos, com idade de 18 a 56 anos e que estavam presentes no horário-visita do pesquisador, independentemente do período letivo cursado e que concordaram em participar do estudo. Foram excluídos da pesquisa

os acadêmicos que não estavam regularmente matriculados no referido Câmpus, os menores de 18 anos ou acima de 56 anos, e os que não estavam presentes no momento da visita do pesquisador.

Foi utilizado como instrumento para a avaliação e posterior quantificação dos dados um questionário padronizado contendo perguntas fechadas e abertas. O mesmo foi dividido em três partes: a primeira para todos os participantes responderem, a segunda para os não fumantes e a terceira parte apenas para ex-fumantes. Entre os tabagistas regulares e ocasionais foi aplicado o teste de Fagerström. A análise estatística descritiva foi empregada para verificar a distribuição dos acadêmicos segundo as variáveis socioeconômicas.

Para realizar a comparação por gênero, trabalho remunerado, pais separados e religião, os dados foram agrupados em dois grandes grupos nomeados Não fumante, o qual abrange a categoria não fumante, e Fumante, o qual se refere às categorias fumante regular, fumante ocasional e ex-fumante. Essa comparação foi feita por meio do teste do Qui-quadrado e todas as demais análises foram realizadas no programa Bioestat 5.0, tendo sido adotado um nível de significância igual a 0,05.

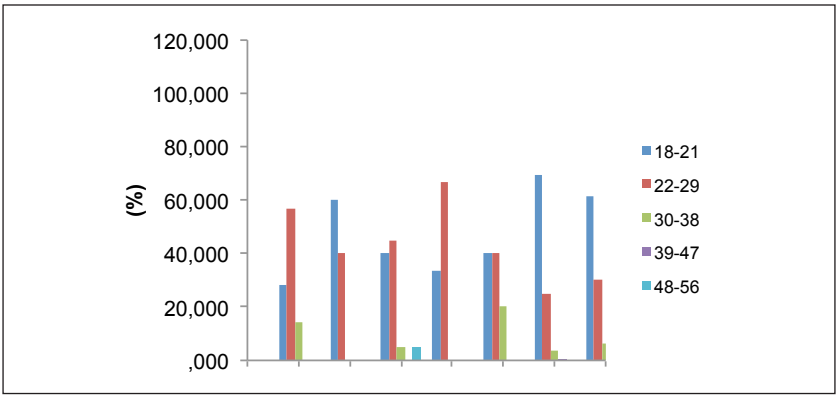
A proporção de estudantes com dependência muito baixa, baixa, média, elevada e muito elevada, obtida no teste de Fagerström, foi calculada e os resultados expressos em percentual. Os dados presentes no artigo resultam do projeto de pesquisa avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética

da Pontifícia Católica de Goiás (PUC-GO), sob o protocolo número 968.793.

Resultados e discussão

A partir da coleta de dados de 541 acadêmicos participantes, verificou-se que 89,65% dos entrevistados pertenciam à categoria não fumante, 2,96% eram ex-fumantes, 5,55% são fumantes ocasionais e 1,85% são fumantes regulares (Figura 1). A prevalência de tabagismo encontrada (7,40%) é menor que a do estudo realizado por Rosa *et al.* (2014, p. 27) na Universidade do Extremo Sul Catarinense, com 575 universitários, a qual mostrou uma prevalência de tabagismo de 8,90%. Também foi menor que a prevalência de 14,70% encontrada no estudo de Andrade *et al.* (2006, p. 25), realizado com 1.341 alunos da Universidade de Brasília. A menor prevalência encontrada neste estudo, possivelmente, é resultado das recentes campanhas de conscientização e medidas antitabágicas realizadas pelo Ministério da Saúde e ainda está relacionada com o perfil socioeconômico dos acadêmicos analisados.

Figura 1 – Distribuição, em porcentagem, dos acadêmicos nas categorias: Fumante regular, Fumante ocasional, Ex-fumante e Não fumante



Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Quando comparado o gênero nos grupos Fumante e Não fumante (Quadro 1), verificou-se que homens fumam mais que mulheres (p= 0,0025). Esse fato também é verificado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2012), em que dentre os homens, o percentual de fumantes ficou em 18,1% e entre as mulheres em 12%.

Quadro 1 – Prevalência de Fumante e Não fumante quanto ao gênero

Variáveis	Gênero		p*
	Masculino	Feminino	
Fumante	37 (6,84%)	19 (3,51%)	0,0025
Não fumante	217 (40,11%)	268 (49,54%)	

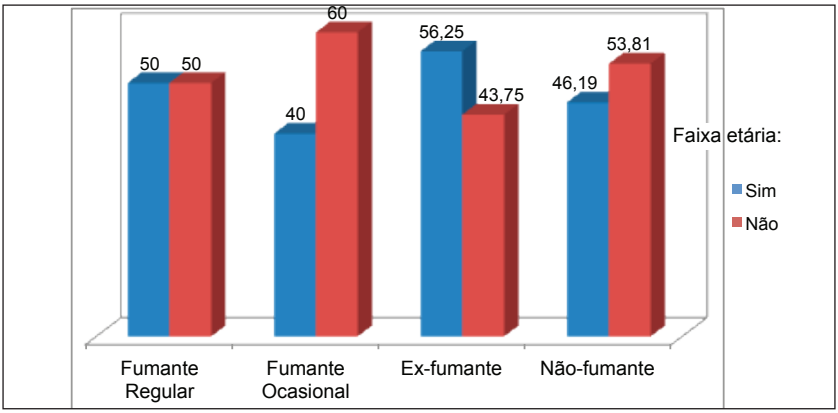
*Teste Qui-quadrado
Fonte: Elaborado pela autora (2016).

A associação da figura masculina ao "não cuidado com a saúde" e à vida boêmia é fato cultural e histórico, no entanto também existe um déficit nas políticas de saúde voltadas a esse público. A maioria das campanhas de saúde pública é destinada ao público infantil, feminino e idoso, deixando de chamar a atenção dos homens para o cuidado com os hábitos de vida, o que se reflete em um número maior de tabagistas do sexo masculino.

Em relação ao gênero e à faixa etária (Figura 2), a maioria das mulheres fumantes regulares e ocasionais possuem de 18 a 21 anos, ao passo que a maioria dos homens possui de 22 a 29 anos. Já os ex-fumantes, tanto mulheres quanto homens, possuem em grande parte 22 a 29 anos. Para os não fumantes, ambos os sexos concentram-se no grupo de 18 a 21 anos, o que confirma a convicção expressa por Reinaldo *et al.* (2010, p. 357) de que, se os alunos não começarem a fumar até o fim da adolescência, dificilmente virão a fumar.

Na categoria fumante regular, 100% dos pertencentes ao sexo masculino são solteiros, o que confirma o apontado por Scarinci *et al.* (2012, p. 1456), acerca de que o casamento contribui para a boa saúde e redução dos vícios.

Figura 2 – Distribuição, em porcentagem, dos acadêmicos nas categorias quanto ao gênero e faixa etária



Fonte: Elaborado pela autora (2016).

A maior parte dos entrevistados não possui emprego remunerado e não há diferença significativa quanto a esta variável entre os grupos Fumante e Não fumante (p=0,7825) (Tabela 2). Esse resultado contrapõe-se ao encontrado por Moreno, Ventura e Brêtas (2009, p. 358), em que o salário insuficiente induziu os jovens ao consumo de drogas lícitas, como o fumo.

Quadro 2 – Prevalência de Fumante e Não fumante quanto ao trabalho remunerado

Variáveis	Trabalho remunerado		p*
	Sim	Não	
Fumante	14 (2,59%)	42 (7,76%)	0,7825
Não fumante	113 (20,89%)	371(68,58%)	

*Teste Qui-quadrado
Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Os entrevistados também foram questionados quanto ao nível de escolaridade dos pais e se os mesmos são separados. Verificou-se que em relação ao nível de escolaridade o nível superior se destaca com 41,94%, conforme Quadro 3:

Quadro 3 – Distribuição dos entrevistados, em porcentagem, quanto ao nível de escolaridade dos pais

Categoria	1º Grau (%)	2º Grau (%)	Universitário (%)	Pós-graduação (%)	Não respondeu (%)
Fumante Regular	0,18	0,74	0,37	0,55	0,00
Fumante Ocasional	0,92	2,03	2,03	0,55	0,00
Ex-fumante	0,18	1,48	1,11	0,18	0,00
Não fumante	18,67	35,86	24,58	12,57	0,74
TOTAL	19,95	40,11	28,09	13,85	0,74

*Teste Qui-quadrado
Fonte: Elaborado pela autora (2016).

O estudo conduzido por Reinaldo *et al.* (2010, p. 360) com estudantes de escolas públicas do Ensino Fundamental e Ensino Médio demonstrou que quanto menor o nível de escolaridade dos pais, maior a frequência do tabagismo em adolescentes, resultando em um aumento de dependência da nicotina ao longo da vida. No presente estudo, os pais apresentaram um maior nível de escolaridade, o que pode ter influenciado os filhos a evitarem hábitos tabágicos, justificando a baixa prevalência encontrada no estudo.

Quanto à variável "pais separados", houve diferença significativa (p=0,0024) entre Fumante e Não fumante (Quadro 4). O grupo Fumante apresentou número de acadêmicos com família de pais separados bem próximo ao número de acadêmicos com família estruturada (pais casados). O grupo Não fumante apresentou número de acadêmicos com pais casados muito maior do que os que possuem pais separados. Reinaldo *et al.* (2010, p. 357) em seu estudo com adolescentes também verificaram que a situação familiar, no caso a separação dos pais, influencia positivamente o consumo de tabaco.

Quadro 4 – Prevalência de Fumante e Não fumante quanto aos pais separados

Variáveis	Trabalho remunerado		p*
	Sim	Não	
Fumante	27 (4,99%)	29 (5,36%)	0,0024
Não fumante	138 (25,51%)	347 (64,14%)	

*Teste Qui-quadrado
Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Quanto à presença de fumantes na família, pode-se perceber que os voluntários agrupados na categoria fumante regular possuem em sua totalidade fumantes na família (Quadro 2), confirmando a influência familiar a respeito deste vício. Neto et al. (2013, p.13), em seu estudo com 241 estudantes da Universidade Federal da Paraíba, afirmam que o fato familiar é o principal aspecto que induz ao consumo de

cigarros. Em seu estudo, 34,02% de pais e mães fumam. Os autores explicam que essa associação é pelo fato de jovens perceberem o hábito de fumar como um comportamento adulto, repetindo-o para se assemelharem aos pais.

Quadro 5 – Presença de fumantes na família dos entrevistados (%)

Categoria	Sim	Não
Fumante Regular	100,00	0,00
Fumante Ocasional	73,33	26,67
Ex-fumante	87,50	12,50
Não fumante	76,49	23,51

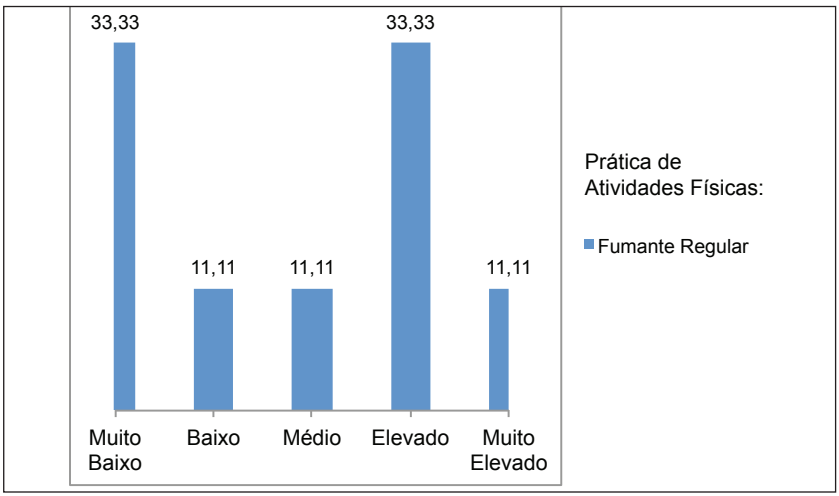
Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Ainda de acordo com o Quadro 5, nota-se que na categoria não fumante 76,49% dos acadêmicos convivem com fumantes ativos. Isso pode ser um forte indicativo de que os filhos representam fatores de educação sanitária da família, isto é, mediante a observação dos incômodos e impactos gerados pelos hábitos tabagistas dos pais, os filhos abstêm-se de seguir o exemplo deles. É importante ressaltar que, mesmo esses jovens não praticando o tabagismo ativo, eles são vítimas do fumo passivo e correm sérios riscos de saúde.

Em relação à prática de atividades esportivas nota-se pouca interferência sob o hábito de fumar, visto que se verificou equilíbrio entre a prática ou não de exercícios físicos distribuídos nas quatro categorias (Figura 3). Esse fato contraria a atual política de promoção da saúde relatada por Malta

et al. (2009, p. 80-81), que diz que praticar atividades físicas previne o uso de drogas.

Figura 3 – Distribuição dos acadêmicos (n=541) quanto à prática de atividades físicas, de acordo com cada categoria



Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Acerca da religião, verificou-se que a maioria dos pertencentes ao grupo Não fumante são praticantes de alguma religião, ao passo que no grupo Fumante o número de acadêmicos que possui religião é bem próximo ao número daqueles que não possui. O valor de p encontrado, <0,0001 (Quadro 6), foi inferior ao nível de significância, 0,05; portanto, nota-se que o item religião possui impacto positivo contra o tabagismo.

Quadro 6 – Distribuição dos acadêmicos quanto à variável religião

Variáveis	Trabalho Remunerado		p*
	Sim	Não	
Fumante	27 (4,99%)	29 (5,36%)	< 0,0001
Não fumante	385 (71,16%)	98(18,11%)	

*Teste Qui-quadrado.
Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Um estudo realizado por Bezerra et al. (2009, p. 443) evidencia que tanto a afiliação religiosa quanto a prática religiosa são fatores discriminantes relativamente às condutas de risco à saúde. Segundo os autores, independentemente da afiliação religiosa, as pessoas que se consideram praticantes têm menor chance de exposição ao consumo de cigarro.

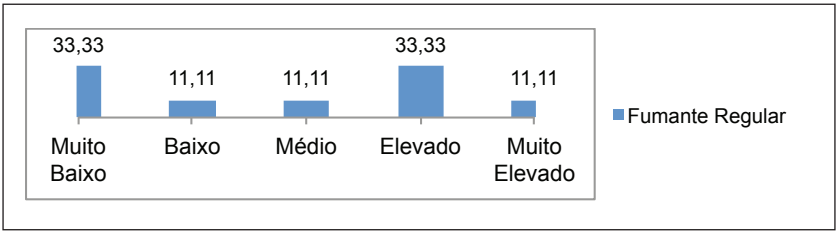
Todos os participantes pertencentes às categorias fumante regular e fumante ocasional fazem uso de bebidas alcoólicas. Cerca de 20% dos fumantes regulares e 6,67% dos fumantes ocasionais as consomem diariamente. Já entre os não fumantes, aproximadamente 48,04% dos entrevistados não utilizam bebidas alcoólicas. Isso comprova que a prática de um vício influencia positivamente a adesão a outros, como relatado por Rosa *et al.* (2014, p. 27) em seu estudo, no qual, entre os 51 acadêmicos tabagistas, 49 consomem bebidas alcoólicas.

Castro *et al.* (2008, p. 133) explicam que o reforço positivo no uso de psicoativos, como a nicotina e o álcool, ocorre por ativação das vias de recompensa da dopamina do sistema

mesocorticolímbico do cérebro. Os autores revelam que de 15% a 20% dos que fumam excessivamente apresentam comorbidades com dependência e abuso do álcool.

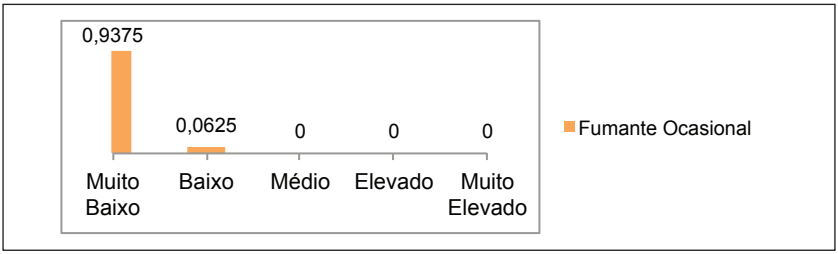
Através da aplicação do teste de Fargerström aos tabagistas, encontrou-se que cerca de 33,33% dos fumantes regulares apresentaram grau muito baixo de dependência da nicotina e 33,33% elevado, sendo os outros participantes distribuídos nos demais níveis (baixo, médio e muito elevado) (Figura 4). Com relação aos fumantes ocasionais, 93,75% encontram-se em nível muito baixo (Figura 5).

Figura 4 – Grau de dependência da nicotina, em porcentagem, dos acadêmicos da categoria fumante regular, segundo o teste de Fagerström



Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Figura 5 – Grau de dependência da nicotina, em porcentagem, dos acadêmicos da categoria fumante ocasional, segundo o teste de Fagerström



Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Assim como apontado por Souza et al. (2009, p .72), também se verificou que a pergunta referente ao tempo após acordar, em que é consumido o primeiro cigarro, é a que apresenta ligação mais forte com nível elevado de dependência. A nicotina tem tempo de meia vida curto. Ao acordar, os fumantes dependentes experimentam sintomas de abstinência e necessitam fumar rapidamente seu primeiro cigarro do dia. Isso foi comprovado neste estudo, visto que 60% dos fumantes regulares fumam seu primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e 46,66% dos fumantes ocasionais após 60 minutos.

Para 60% dos fumantes regulares e 53,33% dos fumantes ocasionais, a Lei n. 12.546/2011 é de fácil cumprimento e eles não vêm problemas ao deixar de fumar nos locais proibidos.

Dentre os fumantes regulares, a maioria consome até 10 cigarros/dia (60%) e fumam mesmo acometidos de alguma enfermidade/doença (80%). Em relação ao cigarro que traz mais satisfação e o período de maior consumo, houve equilíbrio entre a distribuição das respostas. Já dentre os fumantes ocasionais, 46,67% afirmam que o cigarro de maior satisfação não é o primeiro da manhã, 53,33% consomem menos de 10 cigarros/dia, 3,33% fumam frequentemente pela manhã e 20% fumam mesmo doentes. Em seu estudo, Souza et al. (2009, p. 72) encontrou uma porcentagem bem menor (24,4%) dos voluntários afirmando que o primeiro cigarro da manhã traz mais satisfação, 14,8% afirmam fumar mais pela manhã e 9

pessoas responderam que fumam acima de 21 cigarros/dia, número muito maior que o verificado no presente estudo. A quantidade de cigarros consumidos por dia também é um importante parâmetro na medida da dependência nicotínica.

Aproximadamente 62,50% dos ex-fumantes fumaram por 6 meses a 3 anos, e 43,75% abandonaram o vício há menos de 1 ano. Dentre os motivos mais frequentes para essa decisão encontram-se: receio de ter doença grave, iniciativa própria, odor do cigarro, presença de doenças respiratórias e influência familiar. Conforme Rosa et al. (2014, p. 29) também relataram, esses dados mostram uma gradual redução do percentual de fumantes no Brasil com o passar dos anos, originada provavelmente através de medidas antitabagistas implementadas nos últimos anos. Cerca de 50% dos ex-fumantes não se importam quando alguém fuma ao seu redor.

Entre os não fumantes, 54,23% nunca sentiram vontade de fumar, 25,36% não gostam desse hábito e 24,95% alegam que o fumo é prejudicial à saúde. Quando questionados quanto à reação quando alguém fuma ao seu lado, 67,01% disseram que se sentem incomodados e mudam de lugar. A ampla divulgação dos danos provocados pelo consumo do cigarro, principalmente após a obrigatoriedade das novas imagens de advertência, nos rótulos de produtos derivados do tabaco, ocasionou uma redução significativa destes produtos. As imagens são muito mais agressivas e se fazem entender até por quem não sabe ler.

Embora o estudo não tenha abrangido o tabagismo passivo, deve-se atentar ao fato de que muitos acadêmicos, apesar de não serem tabagistas, inalam involuntariamente a fumaça e correm riscos tão graves quanto os próprios fumantes.

Conclusão

A análise da prevalência do tabaco entre os acadêmicos do Câmpus de Ciências Exatas e Tecnológicas da Universidade Estadual de Goiás foi surpreendentemente baixa. Contudo, ela continua motivo de preocupação, já que a iniciação precoce ao uso do tabaco traz sérios prejuízos tanto ao usuário quanto à sociedade a longo prazo.

Foi detectada uma maior prevalência do fumo em homens solteiros e com idade de 22 a 29 anos. Esse perfil social é típico de jovens boêmios, aos quais devem ser direcionadas campanhas de conscientização e de saúde pública.

Pessoas do convívio social mais próximo dos alunos, como pai, mãe e irmãos, exercem forte influência na constituição da personalidade desses jovens. A prática de vícios, como o consumo de álcool, induz à adesão do tabaco, o que deixa o indivíduo mais vulnerável e menos resistente à desistência e abandono do tabaco. A prática da religião é um agente aliado de combate ao tabagismo.

O grau muito baixo de predominância de dependência da nicotina é indicativo de que na Universidade Estadual de

Goiás os acadêmicos têm relativa facilidade de abandonar o uso do tabaco.

REFERÊNCIAS

ALBURQUEQUE NETO, Wilson Coêlho. *Análise da influência ambiental relacionada ao uso de tabaco entre universitários*. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia Generalista) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2013.

ANDRADE, Ana Paula Alves de; BERNARDO, Ana Cláudia Corsini; VIEGAS, Carlos Alberto de Assis; FERREIRA, Denise Bastos Lage; GOMES, Thais Cabral; SALES, Mariana Ramos. Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Brasília, v. 32, n. 1, p. 23–28, 2006.

BEZERRA, Jorge; BARROS, Mauro Virgílio Gomes; TENÓRIO, Maria Cecília Marinho; TASSITANO, Rafael Miranda; BARROS, Simone Storino Honda; HALLAL, Pedro C. Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes. *Revista Panamericana Salud Publica*, Washington, v. 26, n. 5, p. 440–446, 2009.

CARDOSO, Beatriz Azevedo Pacheco; SANTOS, Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos; BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis. A relação estilo de vida e tabagismo entre acadêmicos de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 11, n. 2, p.368–374, 2009.

CASTRO, Márcia Regina Pizzo de; NUNES, Sandra Odebrecht Vargas; FARIA, Danilo Donizete de; ROCHA, Carlos Eduardo Bobroff da; BACCHI, Rafaela Serra. A dependência da nicotina associada ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas. *SEMINA: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina*, v. 29, n.2, p. 131–140, 2008.

CLARO, Andrezza Portes; SAPATA, Vítor Marques; SOUZA, André Barbisan de; CORREA, Giovana de Oliveira; MARSON, Fabiano Carlos; SILVA, Cléverson de Oliveira e. Avaliação do grau de dependência nicotínica em uma população universitária. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, São Caetano do Sul, v. 10, n. 33, p. 27-32, 2012.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). *Tabagismo no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_nume-ros/prevalencia. Acesso em: 1º dez. 2012.

MALTA, Deborah Carvalho; CASTRO, Adriana Miranda de; GOSH, Cristiane Scolari; CRUZ, Danielle Keylla Alencar; BRESSAN, Aline; NOGUEIRA, Júlia Devidé; MORAIS NETO, Otaliba Libânio; TEMPORÃO, José Gomes. A política nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia: Serviço de Saúde*, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79–86, 2009.

MORENO, Rafael Souza; VENTURA, Renato Nabas; BRÊTAS, José Roberto. S. Ambiente familiar e consumo de álcool e tabaco entre adolescentes. *Revista Paulista Pediátrica*, São Paulo, v. 27, n. 4, p.354–360, 2009.

OMS (Organização Mundial de Saúde). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2009*: implementing smoke-free environments. France: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2009. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publica-tions/2009/9789241563918_eng_full.pdf. Acesso em: 5 dez. 2012.

PRECIOSO, José. Quando e por que começam os estudantes universitários a fumar: implicações para a prevenção. *Revista Análise Psicológica*, Braga, v. 22, n.3, p. 499–506, 2004.

RAMIS, Thiago Rozales; MIELKE, Grégore Iven; HABEYCHE, Esther Campos; OLIZ, Manoela Maciel; AZEVEDO, Mario Renato; HALLAL, Pedro Curi. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.15, n.2, p. 376–385, 2012.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; GOECKING, Camila Cesar; ALMEIDA, Jennifer Perucci de; GOULART, Yasmin Narciso. Uso de tabaco entre adolescentes: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Saúde Mental: Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, artigo 8, p. 350–364, 2010.

ROSA, Maria Inês da; CACIATORI, João Filipe Feltrin; PANATTO, Ana Paula Ronzani; SILVA, Bruno Rosa; PANDINI, Jeison Cleiton; FREITAS, Luciana Bocaccio Sperb de; REIS, Maria Eduarda Fernandes dos; SOUZA, Suéli Lummertz; SIMÕES, Priscyla Waleska Targino de Azevedo. Uso de tabaco

e fatores associados entre alunos de uma universidade de Criciúma (SC). *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.25–31, 2014.

SCARINCI, Izabel C.; BITTENCOURT, Lorna; PERSON, Sharina; CRUZ, Regina; MOYSÉS, Simone Tetu. Prevalência do uso de produtos derivados do tabaco e fatores associados em mulheres no Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p.1450–1458, 2012.

SOUZA, Bethânia C. de; OLIVEIRA, Thaiane T. de; SILVA, Georgea S. Leonel da; SANTOS, Marcelo. Prevalência e variáveis associadas ao hábito de fumar em estudantes universitários. *Ciência Et Praxis*, Passos, v.2, n.3, p.69–76, 2009.

2

Conhecimentos, habilidades e atitudes para o trabalho nos consultórios na rua

Marcelo Pedra Martins Machado
Elaine Teixeira Rabello

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, Portaria n. 2.488/2011) tem se apresentado como uma importante estratégia de enfrentamento das singulares iniquidades históricas, no que tange às questões de saúde da população brasileira (MENDES, 2010). Com a criação das equipes de atenção básica específicas, como as equipes de Consultórios na Rua (além das ribeirinhas e fluviais), diversas questões estão sendo introduzidas neste campo: a organização do processo de trabalho desses serviços, sua inserção nas redes de atenção à saúde e a questão da formação e qualificação de profissionais de saúde com habilidades e competências adequadas e oportunas para atuar em um contexto tão singular.

Os Consultórios na Rua integram o componente da Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). São equipes multiprofissionais que desenvolvem suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, constroem ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território. Vale ressaltar que, nas atividades das equipes, está incluído todo o rol de cuidados primários, com ênfase na busca ativa aos usuários de álcool e outras drogas e na lógica da redução de danos (BRASIL, 2011).

Essas equipes têm carga horária mínima de 30 horas semanais, sendo o horário de funcionamento adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e noturno em todos os dias da semana (BRASIL, 2012). Cada equipe é responsável por uma população de, no mínimo, 80 e, no máximo, 1.000 pessoas em situação de rua. Em municípios ou regiões onde a população em situação de rua for menor do que 80 pessoas, o cuidado integral dessas pessoas é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do território onde estas pessoas estão concentradas (BRASIL, 2011).

Os Consultórios na Rua seguem atributos da Atenção Básica, tais como: ser porta de entrada, propiciar atenção integral e longitudinal e coordenar o cuidado (BRASIL, 2011).

A Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) entre os anos de 2007 e 2008 (BRASIL, 2008), trouxe

uma significativa contribuição ao colocar a questão em evidência para a sociedade e o governo brasileiro, servindo como subsídio para as políticas públicas hoje implantadas na área (LOPES, 2014).

No âmbito das políticas públicas no Brasil, essa população ganhou maior visibilidade com a criação da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR – Decreto Presidencial n. 7.053, dez/2009). Situando-se quase imediatamente na sequência da Pesquisa do MDS, a PNPR se apresentou como um instrumento construído a partir das manifestações dos movimentos sociais envolvidos com esta população específica, em especial do Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR).

Em sequência à PNPR, o marco da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, Portaria n. 2.488/2011) criou as equipes do Consultório na Rua (eCR) como uma estratégia de cuidado integral às pessoas em situação de rua. As eCR são equipes multiprofissionais que prestam atenção integral à saúde tanto na rua quanto na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde está lotada. Podem compor as eCR: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, terapeutas ocupacionais, profissional de educação física, agentes comunitários de saúde, agentes sociais e auxiliar de consultório dentário. Essas equipes lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),

dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção à saúde e da rede do território, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2012). As Portarias do Ministério da Saúde 122/2012 e 123/2012 estabelecem as diretrizes de organização e funcionamento das eCR. Hoje existem 135 eCR no Brasil (CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Jan/2017).

Os problemas de saúde demandados às equipes do Consultório na Rua têm origem em situações complexas, com vários agravos e condições de saúde combinados (tuberculose, HIV/AIDS, uso intenso de drogas, entre outros), cujas respostas necessitam de intervenções articuladas entre os gestores, profissionais de saúde e com diversos outros setores. Diante dessas questões, os profissionais de saúde assumem a função de buscar parcerias para o enfrentamento dos determinantes sociais do adoecimento, de modo a oferecer melhores respostas a essas pessoas, contribuindo de forma mais efetiva para o desempenho clínico-assistencial (BRASIL, 2012).

É previsto na PNAB que é tarefa do Consultório na Rua organizar seu processo de trabalho prevendo momentos de reuniões de equipe da eCR e interequipes (Nasf, Caps etc.). Outra função da equipe é realizar planejamentos, discussão de casos, elaboração e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares, fundamentais para a atenção integral à saúde, para a resolutividade das ações e para a gestão do cuidado. (BRASIL, 2012, p. 44).

Nesse contexto, a questão da formação de profissionais de saúde para o SUS e para atuar em equipes de Atenção Básica, como as do Consultório na Rua, coloca-se como um nó crítico que, em parte, deriva das significativas mudanças na maneira de se compreender e agir sobre o processo saúde-doença experienciado na saúde pública brasileira, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. A importância dos aspectos socioculturais, políticos e econômicos na determinação do processo saúde-doença tem ganhado centralidade nos processos de produção de cuidado. Mudanças teóricas e práticas foram produzidas e a reorganização do sistema de saúde exige a reorientação de outro campo não menos complexo: o da formação profissional (CECCIM, 2005).

Desde as origens do Sistema Único de Saúde (SUS) já se vislumbravam dificuldades para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Dentre elas, se destacavam as questões de recursos humanos e, em particular, o seu componente de desenvolvimento com demandas claras de qualificação e requalificação da força de trabalho (MOTTA; BUSS; NUNES, 2001).

É neste contexto que se apresentam as novas necessidades de formação e qualificação, em especial para a AB e a SM. De acordo com Amarante (2003), o deslocamento das práticas e da ética do cuidado à doença/transtorno mental (em que o objeto da saúde é a doença) para as do sofrimento psíquico (que tem no sujeito seu objeto de produção de cuidado) torna-se central para a discussão das formações em saúde,

pois traz uma necessária apropriação dos profissionais que pretendem atuar no campo de competências que não estarão somente na dimensão dos conhecimentos (cognitivos), mas na relação entre estes, as habilidades e as atitudes. Esse deslocamento ético/prático vale tanto para a SM, em que o desafio se colocou pelas necessidades da Reforma Psiquiátrica Brasileira, quanto para a AB, no contexto da Reforma Sanitária, movimentos da saúde pública brasileira que foram se tocando e se distanciando ao longo da história (CAMPOS, 2013). Nessa relação entre SM e AB, os elementos território, relação saúde/doença, perspectiva de trabalho multiprofissional, promoção de saúde e vínculo com os usuários e com a comunidade passam a assumir um lugar de destaque no cenário do cuidado territorializado (PAULON; NEVES, 2013).

É exatamente nessa relação entre a saúde mental e atenção básica que o Consultório na Rua se insere. Nos dois campos (SM e AB), as intervenções necessitam ampliar seus escopos na atenção à saúde e contemplar todos os mais diversos aspectos da vida. Na contramão de outros setores da saúde, mais reféns e fiéis à necessidade de incorporação de tecnologias, aparelhos e exames sofisticados, na saúde mental e na atenção básica é central o apoio na escuta e no vínculo, tecnologias eminentemente humanas (DAL POZ, 2012). Assim sendo, a formação dos profissionais destas áreas têm uma singular importância, devendo formar profissionais com competências e habilidades para atuar nos variados cenários de práticas desses campos e também preparados

para uma atuação territorializada. A rigor, o trabalho prescrito para esses dois campos (SM e AB) já contempla os elementos citados previamente (território, relação saúde/doença, perspectiva de trabalho multiprofissional etc.); contudo, há uma distância significativa entre o prescrito e o real, tanto no trabalho das equipes que atuam nesses campos quanto na lógica pela qual estes trabalhadores foram formados para assumir tais demandas (CAMPOS, 2013; RABELLO, 2014).

A necessidade de transformações nas formações em saúde mental e na atenção básica é parte do empenho por mudanças paradigmáticas na forma de oferecer saúde à população. Para ofertar esse modo de atenção territorializado e mais conectado às tecnologias relacionais (das relações humanas), outras exigências ficam colocadas para os profissionais e sua formação. Será crucial que, por exemplo, os profissionais da atenção básica incorporem mais componentes das práticas em saúde mental no seu fazer cotidiano (DAL POZ, 2012; LUZ, 2004), superando a centralidade dos conhecimentos puramente técnicos na construção da força de trabalho para o SUS. Isso pode ser viabilizado por abordagens pedagógicas na formação em saúde que utilizem o conhecimento, mas não tenham nele o seu limite, modelo no qual os conhecimentos deixem de ocupar lugar fundamental, colocando nas competências o foco nas práticas educativas (VALENTE; VIANA, 2009). Esse tipo de abordagem pode recorrer a métodos ativos de ensino, desenvolvendo competências a partir da

experiência de conhecimentos, pela via da utilização de situações-problema.

Podemos verificar, na literatura educacional, três tipos mais importantes de abordagens sobre o conceito de competência (LIMA, 2005): na primeira, competência é considerada como sendo um conjunto de atributos pessoais de um sujeito; a segunda, atrela competência a tarefas realizadas, ou seja, a resultados observáveis; e a terceira propõe a integração de atributos pessoais para a realização de ações objetivando chegar a determinados resultados em contextos específicos (abordagem dialógica). Essa concepção de competência opera com a combinação de atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos), para a realização de ações características de uma determinada prática profissional, sendo necessariamente construída na interação entre a formação e o mundo do trabalho (LIMA, 2005).

A capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar de forma adequada e eficaz diferentes situações foi outra maneira de conceituar competência, realizada por diversos autores na área educacional (HAGER; GONEZI, 1996; PERRENOUD, 1999a, 1999b; HERNÁNDEZ, 2002; LIMA, 2005). Assim, competência não é algo que se possa observar diretamente, mas pode ser inferida pelo desempenho do sujeito diante de situações e problemas concretos (LIMA, 2005). Desse modo, o domínio da ação em um dado contexto é fundamental, pois será somente no desempenho de situações da prática que o sujeito poderá utilizar conhecimentos,

habilidades e atitudes, assumindo novos sentidos, atravessados pelo conjunto de valores pessoais.

Quando trazemos essa discussão e suas ferramentas para a formação de trabalhadores para o SUS, temos aqui a exigência de aproximação dos campos do trabalho e da educação, trazendo a concepção de competência para o lugar de resultante da relação entre o mundo de aprendizagem e o mundo do trabalho, fazendo com que a natureza do conhecimento seja explicitada pelo contexto da aquisição a na forma do seu uso (AGUIAR; RIBEIRO, 2010). Desse modo, colocar as tensões e exigências do mundo do trabalho e da prática profissional no centro do debate formativo, pode contribuir para as instituições de ensino e pesquisa na tarefa de repensar seus currículos e processos de avaliação, contribuindo também para que a reorientação do planejamento educacional possa se constituir a partir do perfil de competência do egresso que se deseja formar (AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

O referencial conceitual de competência que adotamos como base para a discussão deste estudo é o de Phillipe Perrenoud. Para esse autor, o conhecimento do profissional é construído através de sua experiência, que será definido como o conjunto de esquemas de pensamento e de ação que um determinado sujeito dispõe (PERRENOUD, 2001). A construção deste processo irá determinar suas percepções, interpretações e consequentemente as decisões tomadas, com o propósito de interagir com as questões e problemas reais do trabalho cotidiano (VALENTE; VIANA, 2009).

A decomposição do conceito de competência em conhecimentos, habilidades e atitudes foi adotada estrategicamente para realizar o campo proposto, a partir de uma matriz analítica da ideia de competência que de forma alguma propõe a decomposição *stricto sensu* do conceito. Segundo Saupe *et al.* (2006), em uma visão mais analítica da ideia de competência, esta conteria em si os elementos do conhecimento, da habilidade e da atitude. Conhecimento é o conjunto de informações que possibilitam ao profissional o domínio do "saber" e a capacidade de tomar decisões e solucionar problemas (aspectos cognitivos). Já as habilidades são o conjunto de experiências que fornecem ao profissional o domínio do "saber fazer" (aspectos psicomotores). As atitudes são o conjunto de comportamentos que confere ao profissional o domínio ético e afetivo de um "saber ser e saber conviver" (aspectos afetivos) (SAUPE *et al.*, 2006, p. 33). É a partir desta matriz analítica do conceito de competência que construímos o campo de investigação.

Retomando a visão de competência de Perrenoud (1999a, p. 7), esta significa "uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles", apontando que, no enfrentamento de um problema, vários serão os recursos cognitivos complementares mobilizados, entre eles os conhecimentos. Avançando ainda mais na conceituação sobre competência, Perrenoud (1999a) a descreve como a maneira eficaz de interagir com situações semelhantes, ou análogas,

articulando recursos cognitivos com saberes, informações, capacidades, valores e atitudes, de forma criativa e associada.

Quando transpomos essa discussão para o terreno da formação e do trabalho em saúde, as competências surgem como recursos demandados aos profissionais, sob a forma de conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais para consolidar os Consultórios na Rua, a Atenção Básica e o SUS, processos que operam entre os conhecimentos técnicos e o contexto social, podendo com esse movimento contribuir para a ampliação do potencial resolutivo da AB (SAUPE *et al.*, 2007).

A partir dessas considerações, este estudo objetivou mapear e apontar elementos para compor as competências necessárias para a atuação de trabalhadores em eCR, que estejam em sintonia com as exigências da produção do cuidado junto à população em situação de rua. Para isto, considerou-se como fonte de dados primários para essa composição a opinião, expertise e avaliação de trabalhadores de equipes dos Consultórios na Rua do Distrito Federal. Dentre os objetivos do presente estudo destacamos:

- **Mapear** e apontar os elementos que compõem as competências dos profissionais para o trabalho nas equipes de Consultório na Rua, na Atenção Básica, que estejam em consonância com as exigências da produção do cuidado junto à população em situação de rua.

- **Identificar**, com base nas práticas das equipes de Consultório na Rua já em atividade, as competências utilizadas pelos profissionais e seus componentes (conhecimentos, habilidade e atitudes);
- **Sistematizar** e associar os componentes de tais competências.

Para iniciar a descrição do processo investigativo cabe aqui reafirmar que as equipes de Atenção Básica para populações específicas (População em Situação de Rua, doravante PSR), os Consultórios na Rua, tornam-se o objeto de estudo. O artigo perscruta sobre "quais são as competências necessárias para um trabalhador no Consultório na Rua?".

Desenho metodológico

Este estudo teve caráter exploratório, em uma abordagem qualitativa, e utilizou como estratégias de coleta e sistematização de dados grupos focais com as equipes de Consultório na Rua do Distrito Federal com fins a uma aproximação da realidade do trabalho, a partir do ponto de vista dos trabalhadores. Foram realizados três grupos focais, para levantar os elementos e atributos necessários ao trabalho junto a PSR. As falas evocadas nos grupos indicaram conhecimentos, habilidades e atitudes para o trabalho no Consultório na Rua.

O grupo focal é uma técnica utilizada em pesquisas qualitativas com o objetivo de coletar dados através da interação grupal. A técnica propõe a reunião de um grupo de

pessoas para expor e discutir como se sentem e/ou pensam em relação a um determinado tema ou fenômeno, com o objetivo de oferecer dados ao pesquisador a partir da fala produzida por meio da interação dos sujeitos em grupo (DE ANTONI *et al.*, 2001). O grupo focal geralmente é conduzido por um pesquisador/moderador, orientado por um conjunto de tópicos centrais a serem discutidos, permitindo, assim, que os participantes se posicionem diante das questões colocadas com suas próprias palavras (GOMES; BARBOSA, 2009). Essa técnica também permite que cada resposta do grupo seja acompanhada de outras séries de investigações, possibilitando que os por quês de cada resposta do grupo também sejam aprofundados. Compete ao pesquisador avançar no levantamento de detalhes sobre o tema investigado.

Para este trabalho, três grupos focais foram compostos por quinze profissionais, no total, das três equipes de Consultório na Rua, no Distrito Federal (Plano Piloto, Taguatinga e Ceilândia). Foi realizado um grupo focal com cada uma eCR do DF. Os grupos focais dos Consultórios na Rua do Distrito Federal foram escolhidos pelos seguintes motivos: a conveniência de ser a cidade onde o pesquisador reside, a existência destas equipes na AB desde 2013, o fato de os trabalhadores serem servidores públicos e a equipe do Plano Piloto, por existir desde 2010, anteriormente como Consultório de Rua (SM).Os grupos foram orientados pela apresentação de tópicos-guia, estimulando a conversa sobre questões referentes ao dia a dia do trabalho das equipes que pudessem suscitar comentários acerca das competências necessárias para o

trabalho nas eCR. Cada grupo focal teve duração de uma hora a, no máximo, uma hora e meia, e aconteceu em salas de atendimento ou reunião, dentro das unidades de saúde onde as equipes estão lotadas.

A escolha de levantar dados junto às equipes por meio de grupos focais se deu porque se configurou como uma possibilidade de acesso à experiência da equipe após a publicação da política. Além disso, ainda não há, na literatura científica, uma vasta publicação sobre o tema em questão. Assim, os grupos focais possibilitaram uma imersão no universo das eCR do Distrito Federal, permitindo que os encontros e os debates contribuíssem sobremaneira para a contextualização dos conhecimentos, habilidades e atitudes sugeridos na análise do conteúdo produzido.

O critério para participação no grupo focal foi ser profissional de uma das três equipes de Consultório na Rua do Distrito Federal (Plano Piloto, Taguatinga e Ceilândia). Os critérios de exclusão foram: não cumprir os requisitos de inclusão ou não aceitar o convite à participação.

Foram propostas algumas questões para disparar o debate nos grupos, pensando um momento inicial de aquecimento do grupo e do debate, questões gerais do trabalho no Consultório na Rua e elementos específicos, ligados aos objetivos da pesquisa. As questões foram:

1. Quais são as trajetórias profissionais da formação até o trabalho na eCR?

2. Como é a experiência de trabalho em uma eCR?
3. Saberes, habilidades e atitudes importantes para o trabalho nas eCR:

   a) Quais são?

   b) Para que são importantes?

   c) Como ou onde se adquire/aprende?
4. Quais são os desafios do trabalho nas eCR?

A condução foi realizada por um pesquisador e também houve o registro realizado por um relator, além da gravação em áudio. Todos os grupos aconteceram no mês de agosto de 2016.

Resultados e discussão

O primeiro grupo focal aconteceu em Ceilândia. Fizeram parte três trabalhadores, uma assistente social, um psicólogo e uma técnica de enfermagem. O grupo havia sido agendado com os cinco trabalhadores desta equipe, porém no dia do encontro dois não puderam comparecer por motivos de saúde e avaliamos que seria importante mantermos este momento de conversa e coleta, mesmo com um número reduzido de trabalhadores. Dos três, apenas uma declarou escolher ir para o Consultório na Rua por interesse na especificidade do trabalho, os outros dois fizeram a escolha pela adequação da vaga de trabalho ser próxima ao seu local de moradia, mas sem uma percepção, interesse específico, ou

mesmo curiosidade sobre o trabalho com a PSR. A equipe possui outros três trabalhadores (outra assistente social, um enfermeiro e outra técnica de enfermagem) que estavam de férias ou folga no dia marcado para o encontro, de modo que não participaram da pesquisa.

Neste grupo, a conversa trouxe à tona, logo no início, a questão da falta de referências para este trabalho, desde a distância entre a formação e os dilemas diários das práticas em saúde junto a PSR – produzindo um trabalhador pouco habilitado para situações que fujam do que vem sendo habitualmente preconizado pelas instituições formadoras – até a superficialidade dos materiais oficiais específicos destinados à qualificação destas equipes.

> "Acho que uma angústia grande também é o como fazer. Às vezes, a gente fica tão, assim, enraizado nessa questão de uma coisa mais tradicional em saúde que aí a gente se pergunta: como fazer?" (trabalhador da equipe de Ceilândia).
>
> "Até porque são várias portarias, manuais e tudo é muito superficial, são muito rasas as informações. Eu não achei um manual que fala ´o papel do psicólogo´ na equipe da população em situação de rua, para trabalhar na equipe do consultório na rua é essa." (trabalhador da equipe de Ceilândia).
>
> " [...] no final das contas a gente pergunta assim ´será que eu estou indo fazer algo que na minha cabeça já está pronto e que não atende a demanda daquela população?´" (trabalhador da equipe de Ceilândia).

Outro ponto elencado por esta equipe foi a necessidade de conhecimentos sobre as diversas políticas públicas, sendo este um elemento que se relaciona diretamente com o manejo dos casos junto à rede local.

> " [...] eu acho que você precisa conhecer bem o sistema de saúde pública para você saber os diferentes campos de inserção e, também, para você poder brigar quando alguém negar, você fala ´olha, não, existe isso, está naquela portaria tal, tá aqui e tem que fazer´" (trabalhador da equipe de Ceilândia).

> "eu acho que é interessante conhecer o que existe nas políticas, quem são os parceiros, né, quem são os meus parceiros aqui dentro do território e dentro de cada uma dessas políticas." (trabalhador da equipe de Ceilândia).

> "Isso é muito ruim, você está dentro de uma rede de saúde e os nossos colegas não conhecem e quando a gente for acessar a gente tem que encontrar uma resistência muito grande nesse sentido." (trabalhador da equipe de Ceilândia).

A resolutividade do Consultório na Rua e a continuidade das ações da equipe junto à PSR são colocadas como uma das questões limitantes e angustiantes para a eCR. Desse modo, a produção de autonomia, a resolutividade clínica dos casos e a competência para realizar diagnósticos dos agravos e doenças mais prevalentes surgem fortemente nas falas dos trabalhadores.

> "Uma coisa que eu notava, principalmente com a primeira equipe (de Ceilândia), porque a nossa primeira que tinha uma angústia muito grande porque não se achava resolutiva, a equipe não se achava resolutiva..." (trabalhador da equipe de Ceilândia).

> "tem um limite da nossa ação, porque também, às vezes, a gente cai numa armadilha de entender que a pessoa, que a gente precisa fazer tudo pela pessoa, e aí a gente age na contramão do empoderamento. A gente vira uma muleta na vida daquela pessoa e não empodera..." (trabalhador da equipe de Ceilândia).

> "Não, a gente não veio tirar ninguém. Os espaços são públicos, né, as pessoas podem ficar e permanecer. O que não pode é roubar, é assaltar." (trabalhador da equipe de Ceilândia).

> "Eu sinto um pouco de, às vezes, do profissional um pouco de medo de às vezes você chegar e você desencravar algo que você não vai ter medo de lidar." (trabalhador da equipe de Ceilândia).

> "É importante saber diagnosticar tuberculose, câncer, são doenças que a gente acredita que podem estar presentes no público." (trabalhador da equipe de Ceilândia).

A organização do processo de trabalho das equipes também tem espaço nos enunciados deste grupo. Assim, competências para o planejamento e monitoramento das ações são nomeadas durante os debates.

> "A própria equipe tem que ter essa habilidade de planejar, de como vai fazer, quais são as nossas metas para esse ano, o que a gente espera fazer e até em relação a esses convites institucionais [...]" (trabalhador da equipe de Ceilândia).

Sensibilizar os demais trabalhadores da rede de saúde, assim como a população em geral, acerca do trabalho da eCR, aparece como ação a ser incluída no processo de trabalho das equipes.

> "Às vezes eu fico pensando assim que também essa habilidade de sensibilizar o público para o trabalho que é desenvolvido para aquela população que precisa de uma atenção diferenciada." (trabalhador da equipe de Ceilândia).

> "Aí ele (o usuário) chega aqui na unidade no dia e porque não tem alguém do consultório na rua ninguém mais queira atender, porque já ocorreu ´ah não, o senhor é com o pessoal da equipe lá´, ´ah, eles estão em abordagem´, ´eles não estão aqui, então você volta para falar com eles.´" (trabalhador da equipe de Ceilândia).

O segundo grupo focal aconteceu em Taguatinga. Dos três Consultórios na Rua este foi o que parecia estar encarando a pesquisa como um evento institucional. O fato de o pesquisador trabalhar diretamente com a gestão desta política pública, no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, produziu um efeito na chegada dos pesquisadores na unidade de saúde. Antes de o grupo focal

começar, a equipe fez questão de que assistíssemos a gravação de um programa de televisão dominical, que teve como tema de uma das matérias o trabalho dos Consultórios na Rua e, logo em seguida, nos fazer uma apresentação formal do trabalho da equipe e dos dados produzidos por eles até aquele momento. Havia um tom de formalidade no início que foi se diluindo, assim que o grupo focal foi transcorrendo, ao longo das questões de aquecimento que mapeiam as experiências anteriores dos participantes, antes de entrar mais declaradamente no objeto da investigação.

Estavam presentes cinco trabalhadores: um motorista, uma psicóloga, um médico, uma técnica em enfermagem e uma enfermeira. Além dos profissionais que participaram do grupo focal, a equipe possui uma assistente social e uma enfermeira, que não estiveram presentes por estarem de folga ou férias no dia do encontro.

De maneira muito assertiva, a questão do despreparo desde a universidade até os mecanismos de formação em serviço (Educação Permanente) na qualificação para o trabalho nesta equipe de Atenção Básica específica, ou mesmo junto à PSR, vieram à tona, assim como a necessidade da construção de pactos e arranjos coletivos sobre os modos de funcionamento do Consultório na Rua, além, é claro, de instrumentos normatizadores oficiais (protocolos de encaminhamento, segurança) que operacionalizem o trabalho das equipes.

> "Isso não aprende na faculdade." (trabalhador da equipe de Taguatinga).

> "A gente não é preparado para trabalhar com o consultório na rua que é um serviço novo e essa construção foi feita no dia a dia." (trabalhador da equipe de Taguatinga).

> "E no consultório na rua eu ainda sinto falta disso, dentre várias coisas, de atribuições de profissionais, um protocolo de segurança, uma coisa mais fechada que a gente já tentou nesses 3 anos, tem tentado fechar esse protocolo[...]" (trabalhador da equipe de Taguatinga).

A necessidade de aprimoramento dos conhecimentos em Saúde Mental e também para os problemas com álcool e outras drogas aparecem nas falas do grupo. Além disso, o respeito à autonomia e às decisões dos usuários, tema central para o trabalho na perspectiva da Redução de Danos, é citado.

> "O conhecimento mais profundo na área de tratamento de álcool e outras drogas, né, porque foi uma coisa que foi bem superficial na minha graduação e é o que a gente... acho que 90% das pessoas que a gente atende aqui." (trabalhador da equipe de Taguatinga).

> "Sabe respeitar as decisões deles mesmos, desse senhor que não quer sair da rua, para mim eu vejo o melhor caminho, mas para ele não é. Essa coisa assim foi bem difícil para mim no início, respeitar, não que eu não fosse respeitar, mas entender que o que é melhor para mim não é o melhor para ele." (trabalhador da equipe de Taguatinga).

Algumas especificidades do trabalho, como o caráter quantitativo e os dilemas com a produtividade, também foram debatidos entre o grupo.

> "O nosso trabalho não é quantitativo, é qualitativo. A gente, às vezes... a minha produtividade, às vezes, eu vou fazer e fico triste porque só 3 (risos) porque às vezes a gente gasta um dia inteiro por conta de 1 paciente, para resolver as demandas dele[...]" (trabalhador da equipe de Taguatinga).

Novamente os agravos e doenças mais prevalentes na PSR são trazidos como elemento importante na construção das competências necessárias para este trabalho.

> "Eu tive que reaprender um pouco da área da medicina que estava há um tempo sem estudar, essa área das doenças básicas mais prevalentes na população..." (trabalhador da equipe de Taguatinga).

O último grupo focal aconteceu com a equipe de Plano Piloto. Esta é a equipe com o maior número de trabalhadores; são nove no total. No dia do encontro, sete profissionais estiveram presentes: uma enfermeira, uma psicóloga, dois técnicos em enfermagem, um residente em medicina de família e comunidade, uma assistente social e um médico. A equipe possui ainda mais uma psicóloga e outra enfermeira. Esta eCR tem outra particularidade, que é funcionar nas instalações do Centro Pop (serviço especializado em PSR adulta da Secretaria de Assistência Social do DF). Esse fato produz uma demanda singular, pois como o Centro Pop é um espaço

de convivência e referência sólida para a PSR, funcionando desde 2013 na Quadra 903 Sul do Plano Piloto de Brasília, quando o Consultório na Rua se transferiu da rodoviária para este atual local (2014), as demandas da PSR chegam à porta da equipe de modo facilitado, ampliando o acesso e a possibilidade de programar atendimentos e atividades. Porém, paradoxalmente, esse fato tem também limitado as ações e atendimentos desta eCR nas ruas, limitando as ações externas da equipe a uma visita por semana às redondezas da mesma quadra onde está situada.

Durante o grupo focal, mais uma vez surge a questão da formação profissional para este trabalho e da necessidade de metodologias de trabalho específicas. Porém, outros elementos aparecem pela primeira vez, como a necessidade do trabalho multidisciplinar e coletivo.

> "Eu achava que trabalhava integralmente já na atenção primária, que a gente sempre foi treinado a fazer isso, né, e eu já achava que aquilo ali era uma abordagem integral, mas aqui eu tive a oportunidade de conhecer um pouco mais a abordagem integral à medida que eu fui permeando o trabalho dos outros profissionais." (trabalhador da equipe do Plano Piloto).

> " É, eu acho que ainda não existe uma metodologia para lidar com o pessoal na rua não." (trabalhador da equipe do Plano Piloto).

> "E essa relação multiprofissional é excelente para o nosso atendimento e para as

> necessidades do usuário também. A gente ir para a rua captaria a realidade dele, o porquê dele não estar conseguindo ir para a consulta, buscar um abrigo, a gente vai conseguir detectar ali ou não é o momento dele. A gente fica mais sensível a essas questões." (trabalhador da equipe do Plano Piloto).

As competências em Saúde Mental e a Redução de Danos são mais uma vez citadas.

> " [...] o profissional que trabalha no consultório na rua tem que ter também uma certa familiaridade, o ideal era que já tivesse uma experiência com a saúde mental, né, que é muito frequente." (trabalhador da equipe do Plano Piloto).

> " [...] praticar a redução de danos no dia a dia que tem a ver de a gente questionar alguns dos nossos princípios morais, de como a gente acha que as pessoas deveriam ser e abrir o espaço para o outro." (trabalhador da equipe do Plano Piloto).

A organização de rotinas no processo de trabalho e da relação com a rede local é confirmada como competência importante.

> "a gente tem que estabelecer rotinas e as rotinas são necessárias para organizar e melhorar o fluxo, né. E aqui eu senti que a gente não tinha uma rotina e isso para mim foi um impacto muito grande, não ter rotina." (trabalhador da equipe do Plano Piloto).

> "... aqui não dá para marcar compromissos, né, marcação de consultas, essas coisas, porque eles não conseguem cumprir compromisso. Então a equipe tem sempre que estar aberta para atender na hora que eles pedirem, tem sempre que estar aberta à demanda espontânea." (trabalhador da equipe do Plano Piloto).

> "Para mim o desafio que eu ainda tenho que lidar é... é... o de conseguir me relacionar com a rede, de ir lá e acompanhar o paciente, desbravar a rede e conseguir as coisas..." (trabalhador da equipe do Plano Piloto).

Há elementos trazidos por este Consultório na Rua que não haviam surgido nas falas e debates das outras duas equipes, ligados ao campo das atitudes dos profissionais: manejar as frustrações, manter-se aberto ao outro com sensibilidade e o impacto deste trabalho na vida do profissional de saúde.

> "...precisa saber lidar com frustração também porque ela faz parte da rotina, a cada paciente a gente vê as frustrações." (trabalhador da equipe do Plano Piloto).

> "Eu acho que aqui tem que ter 2 habilidades que é acolher, né, que acaba que você fica sensível diante do outro." (trabalhador da equipe do Plano Piloto).

A habilidade da comunicação é outra questão que até então não havia sido problematizada, mas que emergiu no grupo com esta equipe.

> "Eu falo da habilidade de comunicação porque eu atendi poucos pacientes aqui, mas teve

> um que foi como se eu estivesse falando com alguém que falasse um dialeto muito diferente e eles falam dialetos mesmo." (trabalhador da equipe do Plano Piloto).

Foi possível perceber que o processo de coleta qualitativa de dados nos grupos focais se apresentou, além de ser uma etapa desta pesquisa, como uma estratégia de qualificação das equipes. Outro fato interessante foi a tática de realizar os encontros no espaço de trabalho das equipes, o que foi percebido como maneira de garantir visibilidade e prestígio para as equipes junto à gestão e às demais equipes de Atenção Básica da unidade de saúde, pois algumas das falas citadas acima trouxeram essa necessidade.

A análise das falas dos trabalhadores dos Consultórios na Rua do Distrito Federal proporcionou a proposição de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, que viabilizaram a construção do primeiro instrumento do método Delphi, que será explicado em detalhes no próximo tópico. As proposições coletadas foram as seguintes:

- **Conhecimentos**: saúde mental; álcool e outras drogas; avaliação e manejo de situações clínicas mais comuns entre a PSR – População em Situação de Rua (por exemplo: tuberculose, HIV/Aids, desvitaminoses, doenças infectocontagiosas); sobre as violências, preconceitos, discriminações e negligências, junto à PSR; sobre as políticas sociais; práticas integrativas e complementares; sobre a rede local e seu funcionamento; sobre feridas

e curativos; sobre as políticas de saúde; rede de assistência social; direitos e leis referentes à PSR; manejo de crise em saúde mental; protocolos de segurança do trabalhador da saúde; funcionamento das populações específicas; casos agudos de urgência ou emergência; trabalho interdisciplinar; terapia comunitária; fluxos migratórios da população atendida; uso de protocolos clínicos; agravos mais prevalentes entre a população em situação de rua; itinerário terapêutico dos usuários; sistematização do processo de trabalho em saúde; informações sobre a comunidade local; educação em saúde; as atribuições de profissionais na eCR.

- **Habilidades**: trabalhar em equipes multiprofissionais; escutar; comunicação interpessoal; cuidar de feridas e fazer/cuidar de curativos; sensibilizar os profissionais da rede e a comunidade local; mediar conflitos; dar continuidade aos tratamentos; empoderar e emancipar a população em situação de rua; negociar acesso junto aos serviços de saúde; realizar reuniões intersetoriais; trabalhar com a redução de danos; atendimento integral; levantar e vincular as demandas da PSR; desenvolver o diálogo entre os membros da equipe; criar vínculos e acolher a PSR; dar visibilidade à PSR junto à secretaria de saúde; abordagem com a família; manejo de casos referentes ao cuidado de questões advindas do uso de álcool e outras drogas; realização de diagnósticos dos agravos mais prevalentes entre a população em

situação de rua (tuberculose, câncer, sífilis, DSTS/AIDS); abordar a PSR; adaptação à linguagem da PSR; construir relação com instituições de ensino e pesquisa (estágio e formação em serviço/residências); construir abertura para o atendimento à demanda espontânea; promover a educação permanente para os trabalhadores; lidar com as frustrações do trabalho com a PSR; promover estratégias de adesão aos tratamentos; construir espaços de supervisão; construir relações com a rede local; realizar consulta compartilhada; planejar as ações da equipe; sistematizar informações do processo de trabalho; realizar reuniões de equipe; sistematizar e discutir casos; construção de memória institucional; realizar educação em saúde junto à PSR; criar flexibilidades acesso ao serviço; criar uma rotina de reuniões intersetoriais.

- **Atitudes**: saber lidar com a frustração e impotência gerada pelo trabalho com a PSR; disponibilidade para se relacionar; permanecer sensível, paciente e aberto diante do outro; trabalho humanizado (modo de interação entre usuários e profissionais de saúde que leve em consideração as demandas dos usuários, a ambiência dos serviços, mas também boas condições de trabalho para os profissionais de saúde); ser proativo (antecipação e responsabilização pelas próprias escolhas e ações frente às situações de trabalho); ser empático (colocar-se no lugar do outro); resiliência (capacidade de lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão

de situações adversas); adaptação a novas situações/ lidar com situações imprevistas; sensibilização da PSR para o acesso e uso dos serviços públicos; sensibilização da comunidade para o trabalho desenvolvido pela eCR; sensibilização dos demais serviços da rede para acolher a eCR e a PSR; ter credibilidade junto à PSR; ter credibilidade junto à rede; saber lidar com o preconceito; respeito à liberdade do usuário; improvisar/ser criativo.

Não há nos conhecimentos, habilidades e atitudes expostos acima qualquer ordem de valor. Os itens foram sendo propostos e aparecem nas listas à medida que apareceram nas análises dos grupos focais, lembrando que o objetivo desta fase da pesquisa foi mapear e indicar os elementos para compor as competências. A leitura e interpretação dos grupos seguiu a ordem de realização dos encontros, consequentemente Ceilândia, Taguatinga e Plano Piloto. Assim, entre o primeiro conhecimento listado e o último não foi mencionado aos experts nenhum grau de importância que os diferenciasse. O mesmo aconteceu com as habilidades e atitudes.

Consideramos que os elementos elencados por este trabalho possam contribuir para a construção de competências para o trabalho nas eCR. Além disso, avaliamos que os debates suscitados pelos grupos focais também podem colaborar com a qualificação da formação de profissionais para o SUS, no contínuo esforço de aproximar os modos de educar, as formas apropriadas de acolher e enfrentar as demandas de

saúde e, assim, também contribuir com as reflexões para as novas práticas de aprender e ensinar.

REFERÊNCIAS

BOMFIM, Rosa Amorim. Competência profissional: uma revisão bibliográfica. *Revista Organização Sistêmica*, Curitiba, v.1, n. 1, jan-jun 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica, n. 27.* Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. *Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília, 2008.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto n. 7.053 de 23 de dezembro de 2009*. Institui a Política Nacional para a População em situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e dá outras providências. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. *Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.* Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e dispõe como responsabilidade do Ministério da Saúde a garantia de recursos financeiros para compor o financiamento da atenção básica. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portarias n. 122 e 123, de 25 de janeiro de 2012*. Estabelecem diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria n. 1.238, de 6 de junho de 2014*. Fixa o valor do incentivo de custeio referente às equipes de consultório na rua nas diferentes modalidades. Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica, n. 39*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Formulário FORMSUS preenchido pelas equipes de Consultório na Rua (103 equipes de todo o Brasil).* Brasília, 2016. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/site/default.php. Acesso em: 12 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Apoio a Pesquisa Estatística (Siapes).* Brasília, 2016. Disponível em: http://form.saude.gov.br/consultorionarua/pesquisa/listar. Acesso em: 9 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde*. Brasília, 2021. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em: 10 jan. 2021.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Oficina de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consensos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, ano 10, n.1, p. 221–241, 1º quadrimestre 2010.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Porto Alegre, v. 9, n.16, p.161–177, set. 2004/ fev. 2005.

DE ANTONI, Clarissa; MARTINS, C.; FERRONATO, M. A.; SIMÕES, A.; MAURENTE, V.; COSTA, F.; KOLLER, Silvia H. Grupo focal: método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 38–53, 2001.

GOMES, Maria Elasir S.; BARBOSA, Eduardo F. *A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos*. Belo Horizonte: Educativa – Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais, 1999. Disponível em: http://www.tecnologiadeprojetos.com. br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20 Grupos%20Focais%20pdf.pdf. Acesso em: 20 dez. 2015.

LIMA, V. V. Avaliação de competência nos cursos médicos. *In*: MARINS, João José Neves *et al.* (org.). *Educação médica em transformação*: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p.123–140.

LOPES, Lucília Elias. *Caderno de atividades*: tutor: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v.15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

PERRENOUD, Phillipe. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999a.

PERRENOUD, Phillipe. Construir competências é virar as costas aos saberes? *Pátio – Revista Pedagógica*, Porto Alegre, n. 11, p. 15–19, nov. 1999b.

PERRENOUD, Phillipe. *Escola Reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

SANTOS, Wilton Silva. Organização curricular baseada em competência na educação médica. *Revista Brasileira Educacional Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, jan./mar. 2011.

SAUPE, Rosita *et al.* Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. *Saúde em Revista*, Piracicaba, v. 8, n. 18, p. 31–37, jan./abr. 2006.

SAUPE, Rosita *et al.* Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do sistema único de saúde no Brasil. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.16, n. 4, p. 654–661, 2007.

VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti; VIANA, Ligia de Oliveira. Da formação por competências à prática docente reflexiva. *Revista Iberoamericana de Educación*, Madrid, v. 48, n. 4, p. 1–7, 2009.

3

Aspectos químicos, toxicológicos e genéticos associados à cocaína, anfetaminas e seus derivados: uma revisão

Carla Rosane Mendanha da Cunha
André Luiz Araújo Pereira
Liliane de Sousa Silva

O conceito de Droga vem se modificando com o tempo e se adequando ao contexto atual ou variando de acordo com a ciência que a define, seja farmacológica, jurídica, médica, dentre outras. Em 1973, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da lei 5.991, conceituou droga como "substância ou matéria-prima que possua finalidade medicamentosa ou sanitária" (BRASIL, 1973, p. 1). Fernandes (1997, p. 8) cita uma definição mais ampla de Droga sugerida por Jervis em 1977: droga "é todo o conjunto de substâncias químicas introduzidas voluntariamente no organismo com fim de modificar suas condições psíquicas e que, enquanto tal, criam mais

ou menos que facilmente uma condição de dependência no sujeito". Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) define Droga como "toda substância que, pela sua natureza química, afeta a estrutura e o funcionamento do organismo" (PRATTA; SANTOS, 2006, p. 316). Hoje em dia, a área médica define como droga as substâncias que, após sua interação com organismos vivos, desencadeiam alterações comportamentais e/ou fisiológicas (ROCHA, 2006, p.5).

Drogas psicotrópicas e psicoativas são aquelas capazes de atuar no Sistema Nervoso Central (SNC), podendo modificar seu funcionamento (PRATTA; SANTOS, 2006, p. 316). Essas mudanças ocorrem porque tais substâncias podem alterar a comunicação entre os neurônios, células que compõem o SNC, através da modificação na recaptação e liberação de neurotransmissores (CARLINI *et al.*, 2001, p.10). De acordo com Moser *et al.* (2012, p. 230), os compostos neuroativos podem bloquear, acentuar ou interromper essa recaptação ou até mesmo interferir no sistema de segundo mensageiro celular.

As drogas psicoativas podem ser classificadas de acordo com os seus mecanismos de ação no SNC em depressoras, estimulantes e perturbadoras. A substância é considerada depressora quando é capaz de diminuir as atividades do SNC (PRATTA; SANTOS, 2006, p. 316). Um exemplo de substâncias que possuem essa atividade são os benzodiazepínicos, drogas que diminuem a ansiedade. Em contrapartida, drogas estimulantes são aquelas que estimulam o funcionamento do SNC, aumentando o estado de vigília do organismo. Isso é o

que ocorre quando se administram drogas como as anfetaminas, cocaína e seus derivados (FERNANDEZ-ESPEJO, 2006, p. 147). Já as drogas perturbadoras são aquelas que alteram qualitativamente a função do SNC, induzindo alterações sensoriais e mentais como delírio e alucinação, sendo também conhecidas como psicomiméticas. Um exemplo comum de droga perturbadora é a maconha (CARLINI *et al.*, 2001, p.12).

Outra classificação utilizada baseia-se na forma em que as drogas são produzidas. Dessa forma, podem ser consideradas: artificial, quando é sintetizada em laboratório, ou de fonte natural, quando é extraída de plantas ou adquirida de minerais ou fonte animal. Exemplos de drogas consideradas naturais são: maconha, tabaco e cocaína. Já as drogas artificiais ou sintéticas mais comuns são: ecstasy e LSD (ROCHA, 2006, p. 6).

O termo "droga de abuso" é utilizado para as drogas não prescritas e, em alguns casos, para o uso indevido de substâncias prescritas. Augusto (2011, p. 4) complementa esse conceito definindo como droga de abuso todas as substâncias químicas de origem diversa vegetal, mineral ou animal que atuam no SNC, possuindo consumo às vezes compulsivo, podendo alterar mecanismos neurais que regulam o humor, pensamento e motivação. Lembrando que uma droga de abuso pode ser lícita, uso permitido perante a lei, como os medicamentos e o álcool no Brasil, ou ilícita, uso proibido de acordo com a legislação vigente, com exemplos comuns em

nosso país como a cocaína, crack e maconha (ZEITOUNE *et al.*, 2012, p. 58).

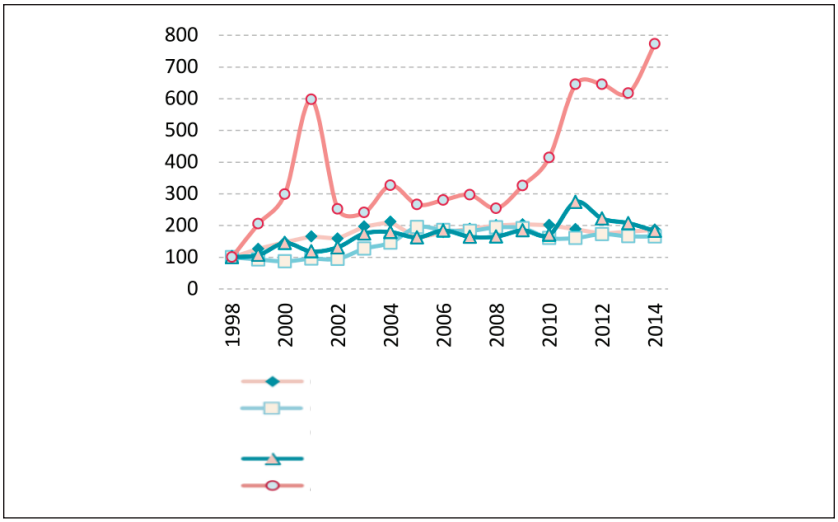
Segundo dados do United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), os estimulantes do tipo anfetamínicos, incluindo o ecstasy e, mais recentemente, destacando-se a metanfetamina, constituem o segundo grupo de substâncias ilícitas mais consumidas em todo o mundo, com uma estimativa de 13,9 a 54,8 milhões de usuários. As apreensões em nível mundial também requerem atenção: foram 144 toneladas em 2012, um aumento de 15% quando comparado ao ano de 2011 (UNODC, 2014).

As anfetaminas provocam estimulação tanto no SNC quanto no SNP, com alto potencial para gerar dependência. Essas substâncias são comumente utilizadas para melhorar o desempenho cognitivo, manter o estado de alerta e vigília, aumentar a energia do organismo, como anorexígeno e para ampliar a criatividade, pois algumas são alucinógenas (MARCON *et al.*, 2012, p.248; MOREIRA; ALVES, 2015, p. 86).

A dependência de drogas psicoestimulantes está se tornando fonte crescente e alarmante de preocupação tanto do ponto de vista médico, tornado um problema de saúde pública, quanto social, pois está relacionada ao aumento da violência e da criminalidade que muitas vezes está associado ao narcotráfico (BRASIL, 2002).

Podemos observar na Figura 1 a evolução do quantitativo de apreensões de drogas ilícitas em esfera mundial, segundo a UNODC (2016).

Figura 1 – Quantitativo de apreensão de drogas a nível mundial de 1998 a 2014



Fonte: Adaptado de UNODC (2016, p.12).

Segundo o departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS), os custos relacionados à saúde pública com tratamentos de usuários de álcool e outras drogas é de aproximadamente 35 milhões por ano. O que torna o abuso de drogas um problema sério no Brasil é a interface entre as drogas e a violência e o uso de substâncias psicoativas e a prevalência da AIDS e de outras infecções sexualmente transmissíveis (QUEIROZ, 2008, p. 73).

Com a finalidade de compreender a ação dessas drogas no organismo e suas consequências para a saúde, este artigo tem como objetivo realizar uma revisão literária caracterizando o perfil químico, biológico e alterações genéticas induzidas pelo consumo de drogas psicoestimulantes como cocaína, anfetamina e seus derivados.

Materiais e métodos

Este artigo se constitui como uma revisão bibliográfica na qual foram utilizadas as plataformas de pesquisa: Scielo, Pubmed, domínio público dentre outros, usando os seguintes descritores: drogas, psicoestimulantes, anfetamina, cocaína, derivados da anfetamina e seus correspondentes no idioma inglês. A pesquisa foi realizada entre os meses de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017, não sendo delimitado período de ano. A finalidade desta revisão foi promover uma caracterização química, biológica e de perfil genético relacionado a drogas psicoestimulantes, promovendo subsídios para a reflexão sobre a complexidade da ação dessas drogas sobre o organismo humano, o que refletirá no tratamento, reabilitação e compreensão das morbidades correlacionadas ao uso dessas substâncias.

Resultados e discussão

Relação estrutura-atividade da cocaína, anfetamina e seus derivados

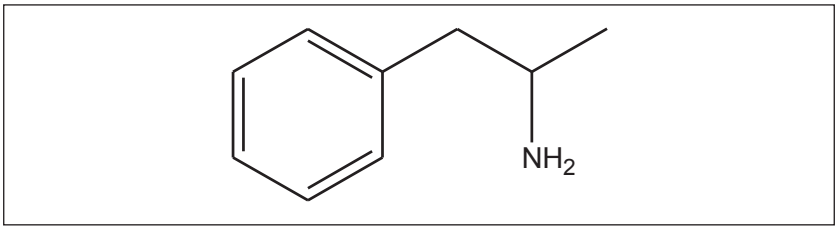
Os efeitos estimulantes no SNC são caracterizados por euforia, estado de alerta, aumento de energia e emotividade, sendo a cocaína e a anfetamina e seus derivados as principais drogas representantes desta classe, os psicoestimulantes (ALVES; CARNEIRO, 2012, p. 1).

A cocaína é um alcaloide natural extraído das folhas *Erythroxylum coca*, uma planta natural da América do Sul e cultivada em regiões tropicais dos Andes na Colômbia e cresce principalmente em países de climas quentes e úmidos como Brasil, Peru, Bolívia e Chile (ALVES; CARNEIRO, 2012, p. 1; SILVA *et al.*, 2014, p. 2). O químico de origem alemã, Albert Niemann, que isolou esse alcaloide em 1859, sendo a partir desta data utilizada para fins medicinais para alívio de dores, cansaço, substituto alimentar e anestésico (LEITE; ANDRADE, 1999, p. 82; WEISS; MIRIN; BARTEL, 1994, p. 88)

A estrutura química da cocaína (Figura 2) é dividida: em um grupo aromático, que possui propriedades lipofílicas; uma extremidade com amina, que apresenta propriedade hidrossolúvel, e o éster, que é facilmente hidrolisado durante o metabolismo e excreção (SILVA *et al.*, 2014, p. 1). Para produzir a cocaína, inicialmente as folhas Erythroxylum coca passam por processo de extração e obtém-se uma “pasta base”, a partir dessa e de acordo com os diferentes tratamentos

químicos pode-se obter o crack, a merla e/ou a cocaína refinada (ALVES; CARNEIRO, 2012, p. 4; LINDA; GAMA, 2013, p. 5; QUEIROZ, 2008, p. 17).

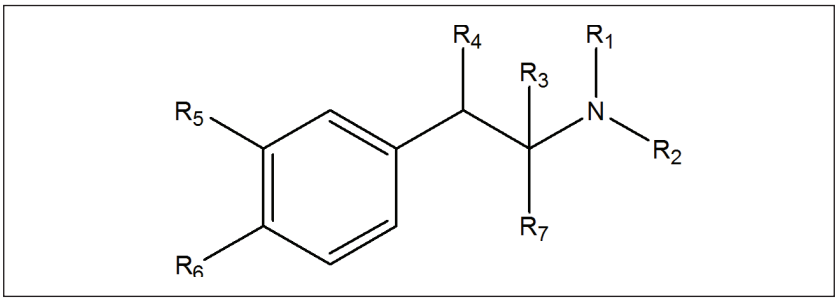
Figura 2 – Estrutura química da cocaína



Fonte: Elaborada pelo autor (2016).

A anfetamina e seus derivados compõe um conjunto de drogas sintéticas pertencente à classe das feniletilaminas (MUAKAD, 2006, p. 23). A anfetamina foi sintetizada pelo químico Lazar Edeleanu na Alemanha, em 1887, e logo após começou a ser utilizada como medicamento para dar energia, aliviar a fadiga, broncodilatação e também para tratamento de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (MARCON *et al.*, 2012, p. 249; RIBEIRO; MARQUES, 2002, p. 14). Apresenta sua estrutura química formada por um anel benzênico e uma cadeia lateral de etilamina. Sua estrutura permite substituições (R) no anel aromático e nos carbonos ∂ e ß e no grupo amino terminal, como podemos evidenciar na Figura 3, originando assim muitos derivados (MARCON *et al.*, 2012, p. 249; TAKITANE, 2014, p. 9).

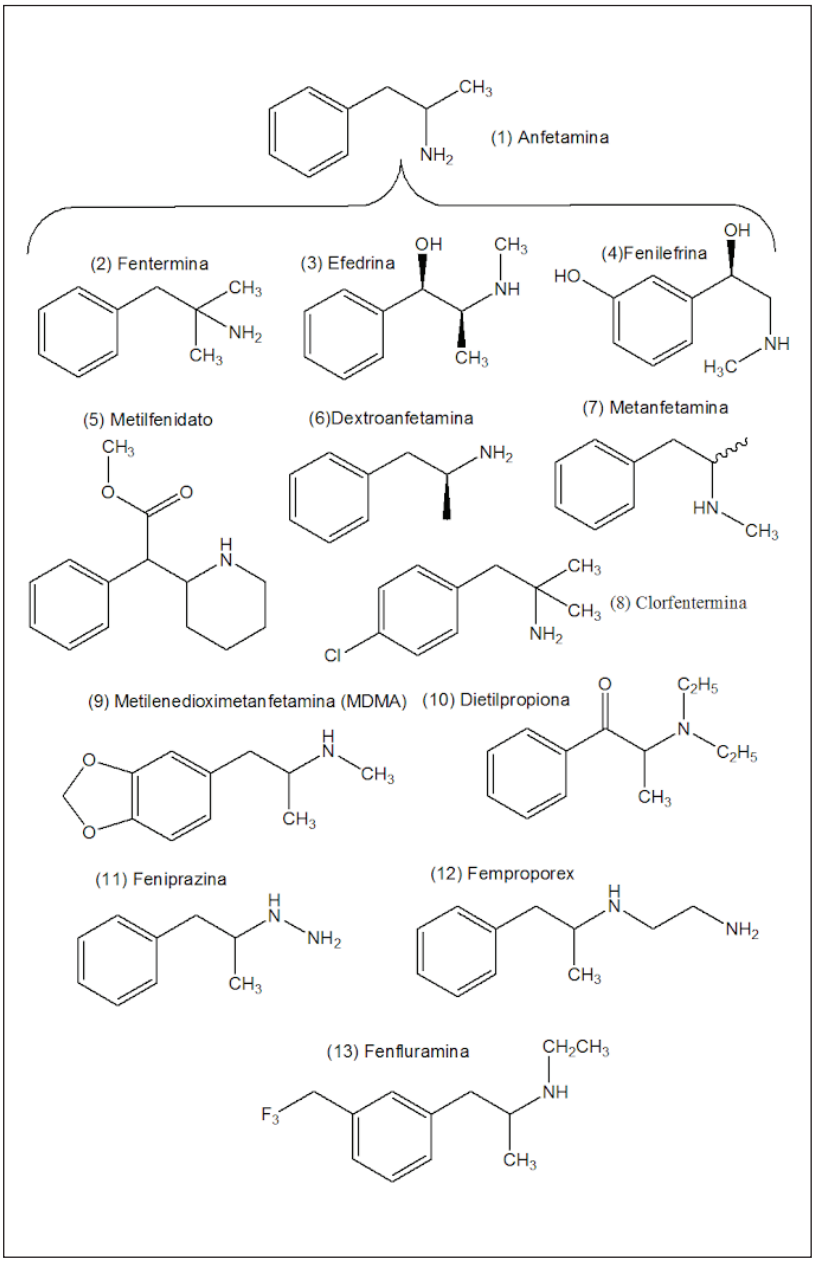
Figura 3 – Estrutura química geral da anfetamina



Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

Diversas substituições na estrutura química da anfetamina foram realizadas, gerando outros derivados com propriedades anorexígenas e com maior ou menor estimulação do SNC (MARCON *et al.*, 2012, p. 250). Como exemplo temos a metanfentamina (7), metilenedioximetanfetamina (9), entre outros apresentados na Figura 4. A droga inicialmente tinha um objetivo terapêutico como a inibição do apetite, mas hoje é consumida por jovens em festas, a fim de se obter energia, excitação e alucinação (MOREIRA; ALVES, 2015, p .85; MUAKAD, 2013, p. 546).

Figura 4 – Anfetamina e seus derivados



Fonte: Adaptado de Fernández-Espejo (2006, p. 148) e Oga *et al.* (2008).

Uma metilação no nitrogênio (3, 4, 7, 9, 10 e 13) aumenta a ação das aminas, consequentemente aumentando a ação broncodilatadora, anorexígeno e anulando o efeito vasopressor. Uma substituição no carbono (12) bloqueia a oxidação pela monoaminoxidase (MAO). Quando há uma hidroxila em R4 (3 e 4), reduz a ação estimulante do SNC, possivelmente devido à diminuição da lipossolubilidade, concomitantemente aumentando a atividade agonista nos receptores adrenérgicos, apresentando efeitos broncodilatadores, aumento da pressão sanguínea e da frequência cardíaca (FRANCK, 2008, p. 14; OGA; CAMARGO; BATISTUZZO, 2008).

Compostos anfetamínicos que apresentam grupamentos metoxi, dimetoxi ou trimetoxi no anel aromático possuem propriedades alucinógenas e param de inibir a recaptação do neurotransmissor norepinefrina. Além disso, quando há um halogênio, cloro ou flúor, por exemplo, na posição R6 (8 e 13), os efeitos são semelhantes aos dos agentes liberadores de serotonina (FRANCK, 2008, p. 14; OGA; CAMARGO; BATISTUZZO, 2008).

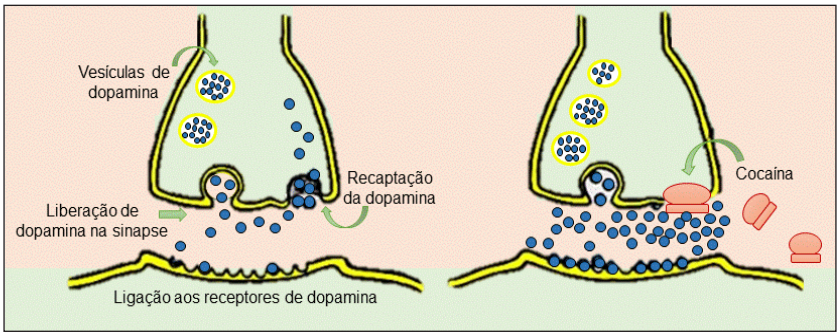
Mecanismo de ação e de toxicidade das drogas psicoestimulantes

Para produzir alterações fisiológicas, psíquicas e comportamentais, as drogas psicoativas necessitam interagir com o organismo biológico. Essa interação geralmente está relacionada à comunicação entres as células que compõem o SNC (CARLINI *et al.*, 2001, p.10).

Essas células são os neurônios e a comunicação entre os neurônios ocorre mediante substâncias químicas, mais conhecidos como neurotransmissores (VENTURA *et al.*, 2010, p. 75). Existem vários neurotransmissores que regulam essas vias de comunicação, como a serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina, dentre outros. Devido a essa variedade de mediadores químicos a resposta celular é variada, dependerá do neurotransmissor envolvido (FREITAS, 2011, p. 129; NOREAU, 2008, p. 327).

As drogas psicoestimulantes agem na maioria dos casos elevando temporariamente a concentração de noradrenalina e/ou dopamina e, às vezes, a concentração de outros neurotransmissores, como a serotonina na fenda sináptica. A cocaína e seus derivados, por exemplo, bloqueiam a recaptação de dopamina por se ligar aos transportadores dessas substâncias (Figura 5) (MAIA; JURUENA, 1996, p. 266). O aumento da concentração de dopamina e a interação dessa substância com receptores D1 e D2 são os responsáveis pelos sintomas de euforia observados em usuários de cocaína (BOUTREL; KOOB, 2004, p. 1183).

Figura 5 – Mecanismo de ação da cocaína no terminal axonal e membrana pós sináptica



Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

Essa droga também pode atuar no sistema adrenérgico: atuando como uma amina simpaticomimética ou bloqueando a recaptação de noradrenalina aumentando a quantidade da mesma na fenda sináptica (ARAUJO; GONTIÉZ; NUNES, 2017, p. 316; LIZASOAIN, MORO; LORENZO, 2002, p. 61). O aumento desse mediador químico é responsável pela maioria dos efeitos agudos desencadeados por ele, tais como: aumento da pressão arterial, taquicardia, sudorese, dilatação da pupila e tremor (CRUZ; GUEDES, 2013, p. 5).

Segundo Rotta e Cunha (2000, p. 180), a cocaína altera a homeostase da serotonina, alterando o sono, e também atua sobre o sistema nervoso periférico, bloqueando a permeabilidade do sódio (Na +), gerando um efeito anestésico.

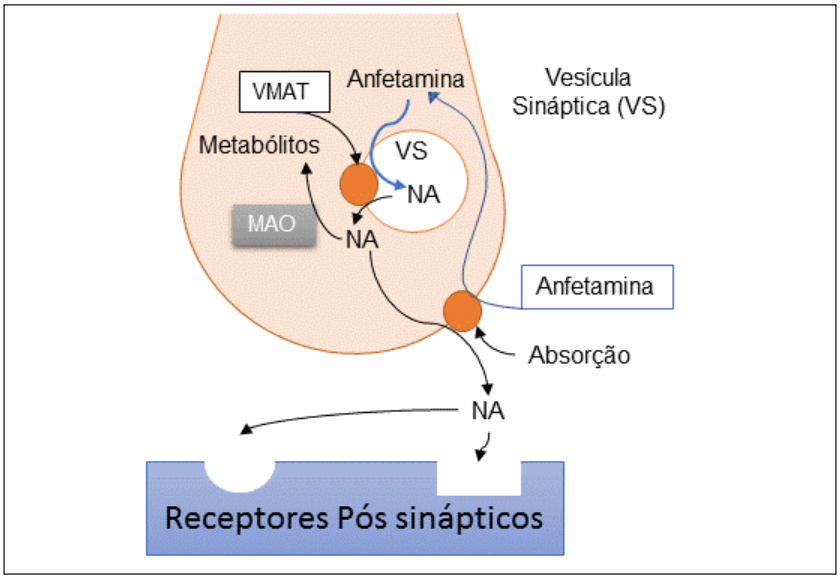
Outros efeitos tóxicos induzidos pela cocaína podem ser observados: convulsão, alucinação, alteração no sono e apetite,

pneumonia e ruptura do septo nasal pela inalação e ulcerações na pele (CASTRO, 2015, p. 255-256; TORRES *et al.*, 2007, p. 1398). Além disso, sobre o feto essa droga pode estar relacionada à má-formação, prematuridade, síndrome fetal e ao aborto, bem como ao comprometimento neurológico do recém-nascido (ROCHA, 2006, p. 25; ROTTA; CUNHA, 2000, p. 179).

Já as anfetaminas atuam como aminas simpaticomiméticas, devido à sua semelhança estrutural com a noradrenalina, atuando nos receptores ∂ e ß adrenérgicos. Durante a ação dessas drogas, observa-se o aumento da liberação de noradrenalina na fenda sináptica e o bloqueio na recaptação desse neurotransmissor, como demonstra a Figura 5 (BOUTREL; KOOB, 2004, p. 1184). Outros estudos também demonstram que as anfetaminas podem ser inibidoras da enzima MAO, responsável pela oxidação da noradrenalina, o que irá contribuir ainda mais para o aumento desse mediador químico. Utrilla (2000, p. 70) também descreve a ação das anfetaminas aumentando a liberação de dopamina e exercendo uma ação semelhante à da cocaína. Esse autor também descreve a capacidade de algumas anfetaminas de aumentar os níveis de serotonina na fenda sináptica, por atuar nos transportadores específicos dessas substâncias.

Devido ao aumento desses mediadores, após o uso de anfetaminas alguns efeitos toxicológicos são observados: inibição intensa no apetite, alteração na percepção de tempo e espaço, agressão, insônia, alucinação e, em casos mais severos, crise de pânico e psicoses (XAVIER *et al.*, 2008, p. 98-99).

Figura 6 – Mecanismo de ação da anfetamina. Monoamimaoxidase (MAO) Transportador Vesicular de Monoamina (VMAT).



Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

O efeito farmacológico, bem como tóxico das drogas psicoestimulantes, também está relacionado com a cinética dessas substâncias no organismo humano, visto que a via de administração, o tempo necessário para iniciar o efeito, a concentração plasmática, dentre outras características farmacocinéticas das drogas, podem estar correlacionados com dependência e potencial de abuso dessas drogas (CARLINI *et al.*, 2001, p. 15; LIZASOAIN; MORO; LORENZO, 2002, p. 61).

Avaliando os eventos cinéticos, a cocaína é uma droga administrada preferencialmente por via intranasal, sendo rapidamente absorvida, e sua concentração plasmática máxima ocorre entre 10 a 30 segundos após a administração

e o efeito biológico pode se manter por até 90 minutos. Em contrapartida, o crack (cocaína misturada a alguns aditivos como bicarbonato, sódio e água) geralmente é fumado, sendo rapidamente absorvido pelos capilares pulmonares e seu efeito biológico se inicia de 8 a 10 segundos após a sua administração, mantendo-se por cerca de 10 minutos (CARLINI *et al.*, 2001, p. 15; CASTRO *et al.*, 2015, p. 254; LIZASOAIN; MORO; LORENZO, 2002, p. 61). Sendo assim, ao fumar o crack, o usuário sente um efeito rápido e intenso, no entanto pouco durador, sendo então necessárias doses repetitivas para continuar com o estado de euforia, o que pode ser um dos fatores preponderantes para a rápida dependência observada em usuários de crack (CASTRO *et al.*, 2015).

A biotransformação dessas drogas se inicia no sangue por ação preferencial da enzima colinesterase e é finalizada no sistema hepático por ação do Citocromo P450 (CYP450). Inicialmente, ocorre uma hidrólise enzimática, originando os metabolitos benzoilecgoina, ecgoina-metil-éster e posteriormente ecgoina (LIZASOAIN; MORO; LORENZO, 2002, p. 61). Segundo Cruz e Guedes (2013, p. 7), também podemos observar um metabolito ativo denominado norcocaína (NCOC), originado pelo metabolismo hepático pela via CYP450, que promove uma reação de N-desmetilação. Tanto as drogas quanto seus metabolitos são eliminados preferencialmente pela urina.

Rotta e Cunha (2000, p. 179) relatam que o estudo da biotransformação da cocaína foi importante para o

acompanhamento de filhos de usuários. Essas autoras descrevem a presença de metabolitos da cocaína por até 7 dias após o nascimento.

Já observando a cinética farmacológica das anfetaminas no corpo humano, observamos que elas são drogas facilmente absorvidas tanto pelo trato gastrointestinal quanto pela mucosa nasal, sendo capazes de atravessar facilmente a barreira hematoencefálica e alterar as atividades biológicas do SNC (MARCON *et al.*, 2012, p. 250). A anfetamina é metabolizada por hidroxilação aromática na cadeia lateral, desaminação oxidativa, N-oxidação e conjugação, sendo eliminada pela urina preferencialmente em pH ácido (CHASIN; SILVA; CARVALHO, 2008, p. 365).

Em termos clínicos e na toxicologia forense, a compreensão da biotransformação da droga possui uma relação com o tempo e intensidade do efeito, bem como para a confirmação, nas amostras biológicas do usuário, da presença da droga e da sua eliminação do organismo durante o tratamento (CRUZ; GUEDES, 2013, p. 6).

Em síntese, podemos observar que tanto o mecanismo de ação das drogas (farmacodinâmica) quanto as características farmacocinéticas são fundamentais para se compreender as alterações fisiológicas e comportamentais desencadeadas no organismo do usuário após o consumo, bem como as bases moleculares e genéticas relacionadas às drogas psicoestimulantes.

Alterações morfofisiológicas

As manifestações morfofisiológicas que o abuso da cocaína, anfetamina e seus derivados provocam no organismo dependem de diversos fatores individuais e do padrão de consumo, tais como: tipo de droga, a dose, a via de administração, a frequência do uso e a pureza, pois a presença de adulterantes misturados pode ter efeitos tóxicos diretos (ALVES; CARNEIRO, 2012, p. 12; WINSLOW; VOORHEES; PEHL, 2007, p. 8). Podem ser administradas oralmente em cápsulas ou comprimidos, via intravenosa ou muscular, diluídas em água destilada, aspiradas em forma de pó, ou dissolvidas em bebida alcoólica (FROTA, 2016). Os efeitos adversos causados pelo uso são demonstrados no Quadro 1.

Quadro 1 – Efeitos gerais do uso da cocaína, anfetamina e seus derivados

Formas de uso	Efeitos adversos
Cocaína	
Imediato	Euforia e agitação, hiperatividade, insônia, aumento da percepção sensorial e do prazer, melhora das funções motoras, autoconfiança, perda da sensação de fadiga e redução do apetite.
Agudo	Período de desconforto, depressão, cansaço e disforia.
Abstinência	Ansiedade, confusão, tremores, irritabilidade, comportamento violento, alucinações visuais e táteis, crises paranoicas e convulsões tônico-clônicas.
Crônico	Elevação da pressão arterial, frequência cardíaca, arritmias, palpitações, hipertensão pulmonar e infarto agudo do miocárdio.
Anfetamina e seus derivados	
Imediatos	Euforia, aumento da confiança e motivação, alucinações, irritabilidade, vigília, sudorese, palpitações, diminuição do apetite e aumento da frequência cardiorrespiratória.
Altas doses	Tremores, respiração irregular, perda de coordenação motora, comportamento violento ou agressivo, ataque súbito e coma, "Psicose anfetamínica", caracterizada por delírios paranoicos, alucinações e comportamento agressivo, bizarro ou violento.
Abstinência	Irritabilidade, ansiedade, mudanças repentinas de humor, depressão, letargia, exaustão completa.
Crônico	Desnutrição, distúrbios crônicos de sono, deficiência do sistema imunológico, problemas dentários, ataque cardíaco, insuficiência renal e respiratória, rigidez muscular e dificuldade de concentração.

Fonte: Adaptado de Takitane (2014, p.14–15), Porter (2016, p. 1–2), Muakad (2006, p. 5), Treadwell e Robinson (2007, p. 5).

Bases genéticas associadas ao uso de drogas psicoestimulantes

Não é recente a hipótese de que os efeitos decorrentes do uso abusivo de drogas psicoestimulantes estão associados a fatores genéticos, incluindo o desenvolvimento de dependência química e vulnerabilidade (NESTLER; AGHAJANIAN, 1997, p. 58). Ao longo dos anos, pesquisadores ao redor do mundo dedicam-se exaustivamente a uma investigação detalhada das bases genéticas responsáveis pelos fenótipos correspondentes em usuários de drogas. Contudo, o mecanismo biológico por trás das bases genéticas associadas ao uso de drogas não foi totalmente elucidado.

Atualmente, sabe-se que o modelo mendeliano de hereditariedade e determinação de fenótipos geralmente não se aplica às doenças complexas e/ou transtornos, como no caso da dependência química (MESSAS, 1999, p. 34). Nesse sentido, muito embora a identificação de genes seja uma premissa imprescindível, o fenótipo heterogêneo característico em usuários de drogas é resultado da participação de vários genes e das influências ambientais (HART *et al.*, 2012, p. 1; MESSAS, 1999, p. 34). Portanto, é a compreensão do mecanismo de sinalização intrínseco da rede de genes envolvida, do momento em que ele ocorre, dos fatores determinantes e dos efeitos correspondentes que verdadeiramente constitui o cerne da questão e que permanece à luz da descoberta.

Entre as drogas psicoestimulantes, a cocaína é uma das mais expressivas em números de usuários, representando um problema de saúde, social e econômico. Por esse motivo, foi escolhida como objeto de pesquisa nesta sessão.

A cocaína altera o perfil de expressão gênica do cérebro, modulando genes que exercem papéis associados aos efeitos biológicos induzidos pela droga (NESTLER, 2004, p. 24; NESTLER, 2005, p. 1445). Uma série de genes candidatos já foi descoberta até o momento, entretanto, na maioria dos casos a contribuição específica de cada gene para promover o fenótipo final induzido pela cocaína ainda precisa ser melhor investigada. A Tabela 2 lista apenas alguns dos genes que são potencialmente regulados pela cocaína.

Em humanos, o gene Fam53b é conhecido por desempenhar um importante papel na dependência da cocaína, estando associado à regulação da proliferação celular (GELERNTER *et al.*, 2014, p. 7). Curiosamente, após a infusão de cocaína em ratos, o gene Cyfip2, relacionado à sensibilidade, e o Fam53b, apresentam expressão simultânea na mesma região do cérebro, o mesencéfalo (DICKSON *et al.*, 2016, p. 10). Esses resultados sugerem que a expressão de Fam53b é mediada por Cyfip2, e que os fenótipos de sensibilidade e dependência estão correlacionados.

Quadro 2 – Alguns dos genes identificados até o momento estão associados a diferentes fenótipos induzidos pela cocaína

Gene	Fenótipo	Função molecular	Referência
Fam53b	Dependência	Parece estar associado ao desenvolvimento neuronal e proliferação celular	Gelernter *et al.* (2014, p.724)
Cyfip2	Sensibilidade	Envolvido na adesão de linfócitos T e na indução de apoptose	Kumar *et al.* (2013, p.1508) Jackson *et al.* (2007, p. 95) Mayne *et al.* (2004, p.1217)
Mecp2	Sensibilidade	Repressor transcricional; interage com uma histona deacetilase	Host *et al.* (2011, p.222)
Hdac2	Sensibilidade	Histona deacetilase-2, promove a compactação do DNA	Kouzarides (2007, p.698)
Hdac11	Sensibilidade	Histona deacetilase-11, promove a compactação do DNA	Kouzarides (2007, p.698)
Mef2c	Sensibilidade	Ativador transcricional multifuncional; atua no hipocampo desempenhando papel no aprendizado e memória; é essencial para o desenvolvimento neuronal	Host *et al.* (2011, p.222)

Gene	Fenótipo	Função molecular	Referência
FosB	Sensibilidade	Zíper de leucina associado à regulação da proliferação, diferenciação e transformação celular	Reddy e Mossman (2002, p.1163)
Cdk1	Paranoia	Proteína multifuncional; atua no ciclo celular regulando diferentes processos da divisão	Gelernter *et al.* (2014, p.724) Qiao *et al.* (2006, p.7118)
App	Uso crônico	Receptor de superfície celular envolvido em processos como a adesão de neurônios, a gênese de axónios, mobilidade celular e regulação da transcrição	Dickson *et al.* (2016, p.12) Albertson *et al.* (2006, p.16)
CREB	Uso crônico e dependência	Fator de transcrição; envolvido em diferentes processos celulares	Larson *et al*. (2011, p.16448)
BDNF	Dependência	Fator neurotrófico; atua no desenvolvimento neuronal, crescimento de axônio e dendritos; é o regulador majoritário da plasticidade sináptica	Egan *et al.* (2003, p.257)
mGluR5	Dependência e sensibilidade	Receptor de glutamato; papel na regulação da plasticidade sináptica e atua na modulação da atividade da rede neuronal	Javitt *et al.* (2011, p. 3)

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

O remodelamento da cromatina é um importante evento de regulação da expressão gênica (KOUZARIDES, 2007, p. 698) que é largamente afetado pela cocaína e pode explicar os efeitos causados pela droga (ROGGE; WOOD, 2013, p. 94). A expressão de proteínas que participam neste fenômeno, tais como a MeCP2 e algumas histonas deacetilase (HDAC2 e HDAC11), é induzida pela cocaína (HOST *et al.*, 2011, p. 221).

Enquanto a acetilação de histonas, que é a descompactação do DNA promovida pelas enzimas histonas acetiltransferase, aumenta a expressão gênica, a deacetilação catalisada pelas histonas deacetilases, fazem o trabalho contrário (KOUZARIDES, 2007, p. 698). Experimentos demonstraram que, na presença da tricostatina A, um potente inibidor de histonas deacetilase, os efeitos induzidos pela cocaína foram atenuados (HOST *et al.*, 2011, p. 221). Esse resultado sugere, portanto, que a cocaína favorece o silenciamento gênico.

Um fator de transcrição é uma proteína que desempenha papel na expressão gênica, importante para o anabolismo de proteínas, e que está associada à tolerância e dependência química (NESTLER; AGHAJANIAN, 1997, p. 58). Adicionalmente, um estudo demonstrou a habilidade da cocaína de induzir o fator de transcrição FosB, sobretudo após a inibição da histona deacetilase, promovendo um evento global de acetilação de histonas (efeito oposto ao da deacetilação) no cérebro, na região do striatum (LEVINE *et al.*, 2011, p. 2). A família de proteínas Fos é considerada essencial para o desenvolvimento

da dependência química de muitas drogas (NESTLER; BARROT; SELF, 2001, p. 11042).

A proteína de ligação ao elemento de resposta do AMPc (cAMP response element binding protein ou CREB) é outro fator de transcrição que, quando apresenta altos níveis de expressão no núcleo accumbens, intensifica os efeitos da cocaína em ratos, produzindo efeito contrário quando regulado negativamente (LARSON *et al.*, 2011, p. 16447). Previamente, Levine *et al.* (2005, p. 19186) demonstraram que a proteína de ligação de CREB (CREB binding protein ou CBP) é um fator de transcrição que, além de regular a expressão de FosB, atua como uma histona acetiltransferase, contribuindo para elevar a sensibilidade à cocaína.

Os efeitos da cocaína também estão estreitamente relacionados ao sistema dopaminérgico, que por sua vez está fortemente associado à dependência química e ao estado de euforia (HAILE *et al.*, 2009, p. 163). Em essência, essa classe de droga altera a forma como o cérebro trabalha, facilitando as sinapses, ou seja, intensificando as conexões neuronais (HUANG *et al.*, 2016, p. 2).

O sistema dopaminérgico é composto por cinco genes, designados DRD, de 1 a 5, cujo produto são proteínas receptoras (HAILE *et al.*, 2009, p. 163; MESSAS, 1999, p. 36). A dopamina leva à síntese de cAMP e ativa a sinalização pela via das proteínas quinases ativadas por mitógenos (mitogen-activated protein kinase ou MAPK). Um longo caminho de sinalização por fosforilação resultará na ativação da CBP,

que por sua vez irá desencadear o processo de acetilação de histonas (LEVINE *et al.*, 2011, p.10).

O glutamato é o principal neurotransmissor em mamíferos e constitui o sistema glutamatérgico, que se divide em: ionotrópicos (iGluRs) e os metabotrópicos (mGluRs). O papel do sistema glutamatérgico gira em torno da plasticidade sináptica, que é a capacidade que os neurônios possuem de modificar a rede sináptica mediante um estímulo exógeno (RUGGIERO *et al.*, 2011, p. 145-146). A cocaína também atua na modulação desse sistema. Isso ocorre através da alteração da expressão de genes que constituem a base genética deste sistema. Dentre eles, podemos citar: glutaminases; receptores mGluR5 e subunidade de receptores tipo AMPA. É dessa maneira que a cocaína modula as sinapses para induzir alterações no processamento de informações, pensamentos, comportamentos e levar à dependência química (JAVITT *et al.*, 2011, p. 5; RUGGIERO *et al.*, 2011, p. 146).

O controle da expressão gênica ao nível traducional, responsável pela síntese de proteínas, também desempenha importante papel para desencadear os efeitos da cocaína (SORG; ULIBARRI, 1995, p. 217). Corroborando essa afirmação, pesquisadores observaram que camundongos com expressão aumentada do fator de iniciação traducional eIF2∂ apresentaram uma maior resistência aos efeitos da cocaína, e que, em contraponto, a fosforilação do eIF2∂ está associada à hipersensibilidade e à vulnerabilidade sináptica (HUANG *et al.* , 2016, p. 1).

Finalmente, alguns pesquisadores examinam se as variações genéticas encontradas em genes induzidos direta ou indiretamente pela cocaína podem apresentar diferentes respostas a medicamentos. Um exemplo é a farmacoterapia com o disulfiram e o metilfenidato, sugerida com base nos polimorfismos encontrados na enzima dopamina ß-hidrolase (DßH) e no transportador de dopamina (DAT1) (HAILE *et al.* , 2009, p. 4).

Considerações finais

Foi observado que diversos fatores relativos às drogas são capazes de influenciar nos efeitos farmacológicos e tóxicos das substâncias psicoestimulantes. Dentre esses fatores, podemos citar a estrutura química, as interações moleculares e cinéticas e as modulações genéticas desencadeadas pela presença dessas substâncias no organismo humano.

Alterações na estrutura química da cocaína e anfetaminas podem potencializar ou inibir os efeitos estimulantes por aumentar ou diminuir a lipossolubilidade, caraterística fundamental para a droga atravessar a barreira hematoencefálica e atuar no SNC. Em adição, alterações na estrutura dessas moléculas podem deixá-las mais potentes. Nesse caso, se a droga for de abuso, seria necessária uma menor quantidade para induzir efeitos tóxicos.

As drogas psicoestimulantes, em geral, atuam aumentando a quantidade dos neurotransmissores noradrenalina

e/ou dopamina na fenda sináptica. Além dessas ações diretas sobre neurotransmissores e receptores, observa-se que essas drogas podem alterar o perfil de expressão gênica no SNC, já sendo possível caracterizar genes relacionados à dependência, como o fam53b, e genes relacionados ao sistema dopaminérgico, como o DRD.

Em termos práticos, a presença de noradrenalina e dopamina aumenta o estado de vigília do organismo, alterando o sono, o apetite, o humor, o reflexo, o limiar de tolerância no SNP, podendo induzir a hipertensão e o infarto. Durante a gestação, pode estar relacionada à má-formação, ao aborto e à dependência química do feto.

Por fim, observa-se a necessidade de melhor compreensão das drogas psicoestimulantes para a adoção de medidas de prevenção primárias, secundárias e terciárias mais efetivas, visto que, de maneira direta e indireta, o uso abusivo e indiscriminado dessas drogas está relacionado à grande quantidade de morbidades, aos gastos públicos exorbitantes e aos graves problemas sociais.

REFERÊNCIAS

ALBERTSON, Dawn N.; SCHMIDT, Carl J.; KAPATOS, Gregory BANNON, Michael J. Distinctive profiles of gene expression in the human nucleus accumbens associated with cocaine and heroin abuse. *Neuropsychopharmacology*, v. 31, p. 2304–2312, 2006.

ALVES, Bárbara Elisa Pereira; CARNEIRO, Emmanuel. Oliveira de. Drogas psicoestimulantes: uma abordagem toxicológica sobre cocaína e metanfetamina. *In*: MOSTRA DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA

PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU DA PUC GOIÁS, 7., 2012, Goiânia. *Anais* [...]. Goiânia: Pontifícia Universidade de Goiás, 2012. p. 1048–1068.

ARAUJO, Ludgleydson Fernandes de; GONTIÉS, Bernard; NUNES JUNIOR, Jonsos. Representações sociais da cocaína: estudo comparativo entre universitários das áreas de saúde e jurídica. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 24, n. 3, p. 315–323, 2017.

AUGUSTO, Miriam de Sá. *Álcool e drogas ilícitas*: o consumo recreativo nocturno. 2011. Dissertação (Mestrado em Medicina Legal) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel de Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2011.

BOUTREL, Benjamin; KOOB, George F. What keeps us awake: the neuropharmacology of stimulants and wakefulness – promoting medications. *Sleep*, v. 27, n. 6, p. 1181–1194, 2004.

BRASIL. *Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973*. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras providências. Brasília, 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5991.htm. Acesso em: 22 fev. 2017.

BRASIL. *Decreto n. 4.345, de 26 de agosto de 2002*. Política Nacional Antidrogas. Brasília, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm. Acesso em: 22 fev. 2017.

CARLINI, E. A. *et al.* Drogas psicotrópicas – o que são e como agem. *Revista IMESC*, São Paulo, n. 3, p. 9–35, 2001.

CASTRO, Raquel Augusta de *et al.* Crack: farmacocinética, farmacodinâmica, efeitos clínicos e tóxicos. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 253–259, 2015.

CHASIN, A. A. M.; SILVA, E. S.; CARVALHO, V.M. Estimulante do Sistema Nervoso Central. *In*: OGA, Seize; CAMARGO, Márcia Maria de A.; BATISTUZZO, José Antônio de O. (org.). *Fundamentos de Toxicologia*. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 355–374.

CRUZ, Regina Alves da; GUEDES, Maria do Carmo Santos. Cocaína: aspectos toxicológico e analítico. *Revista Eletrônica FACP*, Aracruz, ano II, n. 4, p. 1–15, 2013.

DICKSON, Price; MILLER, Melessa M.; CALTON, Michele A.; BUBIER, Jason A.; COOK, Melloni N.; GOLDOWITZ, Daniel; CHESLER, Elissa J.; MITTLEMAN, Guy. Systems genetics of intravenous cocaine self-administration

in the BXD recombinant inbred mouse panel. *Psychopharmacology*, Berlim, 233, 4, p. 701–714, 2016.

EGAN, Michael F.; KOJIMA, Masami; CALLICOTT, Joseph H.; GOLDBERG, Terry; KOLACHANA, Bhaskar S.; BERTOLINO, Alessandro; ZAITSEV, Eugene; GOLD, Bert; GOLDMAN, David; DEAN, Michael; LU, Bai; WEINBERGER, Daniel. R. The BDNF val66met polymorphism affects activity-dependent secretion of BDNF and human memory and hippocampal function. *Cell*, Maryland Heights, v. 112, n. 2, p. 257–269, 2003.

FERNANDES, José Luís. *Actores e territórios psicotrópicos*: etnografia das drogas numa periferia urbana. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade do Porto, Porto, Portugal, 1997.

FERNANDEZ-ESPEJO, Emilio. Neurobiología de la adicción a psicoestimulantes. *Revisión a Neurociencia*, v. 43, n. 3, p. 147–154, 2006.

FRANCK, Maria Cristina. *Desenvolvimento e validação de metodologia analítica para caracterização e quantificação de derivados anfetamínicos*. 2008. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

FREITAS, Rivelilson Mendes de. Sistemas de Neurotransmissão envolvidos no modelo de epilepsia: uma revisão de literatura. *Revista Neurociências*, São Paulo, v.19, n. 1, p. 128–138, 2011.

FROTA, A. M. *Anfetamina e derivados*. 2016. Disponível em: http:// toxicologiainta.blogspot.com.br/2016/06/ anfetaminas-e-derivados. html. Acesso em: 22 fev. 2017.

GELERNTER, J.; SHERVA, R.; KOESTERER, R.; ALMASY, L.; ZHAO, H.; KRANZLER, H. R.; FARRER, L. Genome-wide association study of cocaine dependence and related traits: FAM53B identified as a risk gene. *Mol Psychiatry*, v. 19, p. 717–723, 2014.

HAILE, Colin N.; KOSTEN, Thomas R.; KOSTEN, Therese A. Pharmacogenetic treatments for drug addiction: cocaine, amphetamine and methamphetamine. *The American Journal of Drug Alcohol Abuse*, v. 35, n. 3, p. 161–177, 2009.

HART, Amy B.; ENGELHARDT, Barbara E.; WARDLE, Margaret C.; SOKOLOFF, G.; STEPHENS, M. Genome-wide association study of d-amphetamine response in healthy volunteers identifies putative

associations, including cadherin 13 (CDH13). *Plos One*. v. 7, n. 8, p. 1–10, 2012.

HOST, Lionel; DIETRICH, Jean Bernard; CAROUGE, Delphine; AUNIS, Dominique; ZWILLER, Jean. Cocaine self-administration alters the expression of chromatin-remodelling proteins; modulation by histone deacetylase inhibition. *Journal of Psychopharmacology*, Oxford, v. 25, n. 2, p. 222–229, 2011.

HUANG, Wei; PLACZEK, Andon N.; DI PRISCO, Gonzalo Viana; KHATIWADA, Sanjeev; SIDRAUSKI, Carmela; KRNJEVIC, Krnjević.; WALTER, Peter; DANI, John. A.; COSTA-MATTIOLI, Mauro. Translational control by eIF2∂ phosphorylation regulates vulnerability to the synaptic and behavioral effects of cocaine. *Elife*, Cambrigde, v. 5, p. 1–18, 2016.

JACKSON, Roger S.; CHO, Yong Jig; STEIN, Susanne; LIANG, Peng. CYFIP2. A direct p53 target is leptomycin-B sensitive. *Cell Cycle*, Maryland Heights, v. 6, p. 95–103, 2007.

JAVITT, Daniel C.; SCHOEPP, Darryle; KALIVAS, Peter W.; VOLKOW, Nora D.; ZARATE, Carlos; MERCHANT, Kalpana; BEAR, Mark F.; UMBRICHT, Daniel; HAJOS, Mihaly; POTTER, William Z.; LEE, Chi Ming. Translating glutamate: from pathophysiology to treatment. *Science Translational Medicine*, Washington, v. 3, n. 102, p. 1–29, 2011.

KOUZARIDES, Tony. Chromatin modifications and their function. *Cell*, Maryland Heights, v. 128, n. 4, p. 693–705, 2007.

KUMAR, Vivek; KIM, Kyungin; JOSEPH, C. Chryshanthi .; KOURRICH, Said; YOO, Seung Hee; HUANG, Hung Chung; VITATERNA, Martha H.; VILLENA, Fernando Pardo; CHURCHILL, Gary; BONCI, Antonello; TAKAHASHI, Joseph S. C57BL/6N mutation in cytoplasmic FMRP interacting protein 2 regulates cocaine response. *Science*, v. 342, p. 1508–1512, 2013.

LARSON, Erin B.; GRAHAM, Danielle L.; ARZAGA, Rose R.; BUZIN, Nicole; WEBB, Joseph; GREEN, Thomas A.; BASS, Caroline E.; NEVE, Rachel L.; TERWILLIGER, Ernest F.; NESTLER, Eric J.; SELF, David W. Overexpression of CREB in the nucleus accumbens shell increases cocaine reinforcement in self-administering rats. *The Journal of Neuroscience*, Washington, v. 31, n. 45, p. 16447–16457, 2011.

LEITE, Marcos da C.; ANDRADE, Arthur G. de. *Cocaína e crack*: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

LEVINE, Amir A.; GUAN, Zhonghui; BARCO, Angel; XU, Shiqin; KANDEL, Eric R.; SCHWARTZ, James H. CREB-binding protein controls response to cocaine by acetylating histones at the fosB promoter in the mouse striatum. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, Washington, v. 102, p. 19186–19191, 2005.

LEVINE, Amir; HUANG, Yanyon.; DRISALDI, Bettina.; GRIFFIN, Edmund A.; POLLAK, Daniela D.; XU, Shiqin; YIN, Deqi; SCHAFFRAN, Christine; KANDEL, Denise B.; KANDEL, Eric R. Molecular mechanism for a gateway drug: epigenetic changes initiated by nicotine prime gene expression by cocaine. *Science Translational Medicine*, v. 3, n. 107, p. 1–20, 2011.

LINDA, D.; GAMA, N. *Os malefícios do uso da cocaína*. Niterói: Universidade Federeal Fluminense, 2013.

LIZASOAIN, I.; MORO, M.A.; LORENZO, P. Cocaína: aspectosfarmacológicos. *Adicciones*, Barcelona, v. 14, n. 1, p. 57–64, 2002.

MAIA, Carlos Renato Moreira; JURUENA, Mário Francisco Pereira. Cocaína: aspectos históricos, farmacológicos e psiquiátricos. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 263–273, 1996.

MARCON, Carine; SILVA, Luís Arthur Mendes da; MORAES, Cristiana Machado Bragança de; MARTINS, Juliana Saibt. Uso de anfetaminas e substâncias relacionadas na sociedade con temporânea. *Disciplinarum Scientia*, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 247–263, 2012.

MAYNE, Michael; MOFFATT, Teri; KONG, Hong; MCLAREN, Paul J. et al. CYFIP2 is highly abundant in CD4+ cells from multiple sclerosis patients and is involved in T cell adhesion. *European Journal of Immunology*, Brussels, v. 34, p. 1217–1227, 2004.

MESSAS, Guilherme Peres. A participação da genética nas dependências químicas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, p. 35–42, 1999.

MOREIRA, Francielly; ALVES, Armindo Antônio. Utilização de anfetaminas como anorexígenos relacionadas à obesidade. *Revista Científica da FHO Uniararas*, São Paulo, v. 2, p. 84–91, 2015.

MOSER, V.C.; ASCHNER, M.; RICHARDSON, R.J.; PHYLBERT, M.A. Respostas tóxicas do sistema nervoso. *In*: KLAASSEN, Curtis D.; WATKINS

III, John B. (org.). *Fundamentos em Toxicologia*. Porto Alegre: ArtMed, 2012. cap. 16, p. 219–234.

MUAKAD, Irene Batista. Anfetamina e drogas derivadas. *Revista da Faculdade de Direito*, São Paulo, p. 1–29, 2006.

MUAKAD, Irene Batista. Anfetaminas e drogas derivadas. *Revista da Faculdade de Direit*o, São Paulo, v. 108, p. 545–572, 2013.

NESTLER, Eric J. Molecular mechanisms of drug addiction. *Neuropharmacology*, v. 47, p. 24–32, 2004.

NESTLER, Eric J. Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature Neuroscience*, v. 8, p. 1445–1449, 2005.

NESTLER, Eric J.; AGHAJANIAN, George K. Molecular and cellular basis of addiction. *Science*, Pensilvânia, v. 278, n. 5335, p. 58–63, 1997.

NESTLER, Eric J.; BARROT, Michel; SELF, David W. ΔFosB: a sustainedmolecular switch for addiction. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Washington, v. 98, n. 20, p. 11042–11046, 2001.

NOREAU, Regina Lúcia de Moraes. Fármacos e drogas que causam dependência. *In*: OGA, Seize; CAMARGO, Márcia Maria de A.; BATISTUZZO, José Antônio de O. *Fundamentos de toxicologia*. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 327–336.

OGA, Seize; CAMARGO, Márcia Maria de A.; BATISTUZZO, José Antônio de O. *Fundamentos de toxicologia*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

PORTER, S. Amphetamines – what are MOOCs? *In*: *The Australian Drug Foundation*. Melbourne: Elsevier, 2016. p. 1–7.

PRATTA, Elisângela M. M.; SANTOS, Manoel A. dos. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 11, n. 3, p. 315–322, 2006.

QIAO, M.; SHAPIRO, P.; FOSBRINK, M.; RUS, H.; KUMAR, R.; PASSANITI, A. Cell cycle-dependent phosphorylation of the RUNX2 transcription factor by cdc2 regulates endothelial cell proliferation. *Journal of Biological Chemistry*, Rockville, v. 281, p. 7118–7128, 2006.

QUEIROZ, Vinicius Eduardo. *A questão das drogas ilícitas no Brasil*. Monografia (Graduação em Ciências Econômicas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

REDDY, S. P.; MOSSMAN, B. T. Role and regulation of activator protein-1 in toxicant-induced responses of the lung. *The American Journal of Physiology-Lung Cellular and Molecular Physiology*, Rockville,v. 283, n. 6, p. 1161–1178, 2002.

RIBEIRO, Marcelo; MARQUES, Ana Cecília P. R. *Abuso e dependência da anfetamina*: Projeto Diretrizes. Brasília: Associação Médica Brasileira: Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: http://www.bibliomed. com.br/diretrizes/pdf/abuso_anfetamina.pdf. Acesso em: 8 mar. 2016.

ROCHA, Claudionor. *Obrigatoriedade de exames toxicológicos para policiais*. 2006. Disponível em: http://bd.camara.gov.br. Acesso em: 10 fev. 2017.

ROGGE, George A.; WOOD, Marcelo A. The role of histone acetylation in cocaine-induced neural plasticity and behavior. *Neuropsychopharmacology*, v. 38, n. 1, p. 94–110, 2013.

ROTTA, Newra T.; CUNHA, Gabrielle B. Exposição pré-natal à cocaína: revisão dos efeitos neurocomportamentais. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 179–184, 2000.

RUGGIERO, Rafael F.; BUENO-JÚNIOR, Lézio Soares; ROSS, Jana B.; FACHIM, Helene A.; PADOVAN-NETO, Fernando E.; MERLO, S.; ROHNER, Carlos J. S.; IKEDA, Érika T.; BRUSCO, Janaina; MOREIRA, Jorge E. Glutamatergic neurotransmission and synaptic plasticity: molecular, clinical, and phylogenetic aspects. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 44, n. 2, p. 143–156, 2011.

SILVA, Íris; BRUNO, Bárbara; IRENO, Cláudia; FERNANDES, Juliana; GUTIERREZ, Thatiane; MASUNARI, Andrea. Aspectos estruturais e farmacológicos da cocaína. *In*: SIMPÓSIO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS, 3., 2014, São Paulo. *Anais* [...]. São Paulo: Universidade de São Camilo, 2014. p. 23–25.

SORG, Barbara A.; ULIBARRI, Catherine. Application of a protein synthesis inhibitor into the ventral tegmental area, but not the nucleus accumbens, prevents behavioral sensitization to cocaine. *Synapse*, Bethesda, v. 20, p. 217–224, 1995.

TAKITANE, Juliana. *Verificação do uso de anfetaminas ("rebite") por motoristas profissionais através da análise toxicológica em urina*. 2014.

Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Fisiopatologia Experimental, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

TORRES, Márcia *et al.* Toxicidade cardiovascular da cocaína de natureza iatrogênica. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, Lisboa, v. 26, p. 1395–1404, 2007.

TREADWELL, Sean D.; ROBINSON, Tom G. Cocaine use and stroke. *Postgraduate Medical Journal*, Leicester, v. 83, p.389–394, 2 jan. 2007.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). *World Drug Report 2014*. Vienna: UNODC, 2014

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). *World Drug Report 2016*. United Nat ed. New York, 2016.

UTRILLA, Pilar. Aspectos farmacológicos de las anfetaminas. *Ars Pharmaceutica*, Granada, v. 41, n. 1, p. 67–77, 2000.

VENTURA, Ana L.M. *et al.* Sistema colinérgico: revisitando receptores, regulação e a relação com a doença de Alzheimer, esquizofrenia, epilepsia e tabagismo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 66–72, 2010.

WEISS, Roger D.; MIRIN, Steven M.; BARTEL, Roxanne L. *Cocaine*. 2.ed. Washington: American Psychiatric Press, 1994.

WINSLOW, Bradford T.; VOORHEES, Kenthon I; PEHL, Katherine. A. Methamphetamine Abuse. *American Family Physician*, Colorado, v. 76, n. 8, p. 1169–1174, 15 out. 2007.

XAVIER, Caroline Addison Carvalho *et al*. Êxtase (MDMA): efeitos farmacológicos e tóxicos, mecanismo de ação e abordagem clínica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.35, n. 3, p. 96–103, 2008.

ZEITOUNE, Regina Célia G. *et al*. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para enfermagem comunitária. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.57-63, 2012.

4

Caracterização das ações das equipes de consultórios na rua

Marcelo Pedra Martins Machado
Maria Fabiana Damásio Passos

No ano de 2009, foi criada a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR), a partir de intensa participação dos movimentos sociais ligados a esta PSR. Merece destaque nesta construção o Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR). Desde 2003, o MNPR passou a intensificar a interlocução com o Poder Executivo (Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social e Casa Civil), permanecendo em constante luta para situar as ofertas de saúde à PSR no campo das políticas públicas e não mais vistas como mero assistencialismo, para que as referidas ofertas não fossem focadas em questões de Saúde Mental, mas sim em atenção integral na Atenção

Básica. O foco na Atenção Básica se deu em função da capilaridade dos serviços e da estratégia de coordenação do cuidado adotada, uma vez que se configura como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde (LOPES, 2014).

A PNPR aponta como cerne a viabilidade de acesso desta população específica aos serviços e políticas públicas, em especial as do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS). As questões trazidas pela PNPR ultrapassam a garantia de direitos e do acesso desta população específica aos serviços e às políticas públicas. Insere outros elementos, demandas e necessidades para este campo de disputas, tornando igualmente complexo o conjunto de atores, serviços e políticas públicas, com especial destaque para os serviços do SUS – Consultórios na Rua (LOPES, 2014).

A construção da PNPR também se baseou nas ações anteriores que foram sendo tecidas no âmbito municipal pelas equipes, a fim de responder às necessidades da PSR que carecia de cuidado e, por sua condição adversa, não conseguia acessar a estrutura formal de atendimento no âmbito da saúde pública.

Pode-se citar como exemplo a experiência de Salvador/Bahia, iniciada em 1999, por prof. Antônio Nery Filho, do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA). A proposta foi direcionada para as crianças e os adolescentes em situação de rua expostos aos mais diversos riscos e da inadequação dos serviços de saúde em oferecer acesso a esta população. Assim, a

equipe do CETAD começou a trabalhar em regiões da cidade de Salvador onde a concentração dessa população e os riscos sociais, físicos e psicológicos eram maiores, surgindo assim as primeiras equipes de Consultório de Rua da Bahia. Este trabalho seguiu de 1999 até o ano de 2006 (BRASIL, 2011). Inspirado nesta experiência, o Ministério da Saúde, no ano de 2009, propõe o Consultório de Rua (CR) como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) no SUS (BRASIL, 2009) e o Material de Trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS, do Ministério da Saúde/EPJN-Fiocruz (BRASIL, 2010).

Além da experiência de Salvador, as iniciativas de outros municípios também contribuíram para a construção da PNPR. Em 2002, na cidade de Belo Horizonte, ao reconhecer as limitações das equipes de Saúde da Família (eSF) para oferecer acesso e atender à População em Situação de Rua (PSR), na Atenção Básica (AB), a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte implantou a primeira equipe de Saúde da Família para atender a esta população específica, sem território fixo de abrangência, e que passou a ser o equipamento de saúde de referência para essa população (REIS JÚNIOR, 2011). O município de São Paulo, com histórico semelhante ao de Belo Horizonte, também implantou equipes de Saúde da Família para PSR (CANÔNICO, 2007). Após a publicação da PNPR, em 2010, os municípios do Rio de Janeiro, Porto Alegre e Curitiba,

espelhados nas experiências anteriores, implantaram suas referidas equipes (BRASIL, 2012c).

Em 2011, o SUS ainda contava com CR integrantes da Política Nacional de Saúde Mental, apesar de a PSR demandar cuidado não apenas pelas questões provenientes do uso de álcool e outras drogas, ou pelo sofrimento ou transtorno psíquico (BRASIL, 2009). A partir da análise de tais práticas, foram instituídas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, Portaria n. 2.488/2011) (BRASIL, 2011) as equipes de Consultório na Rua (doravante eCR), que se caracterizam como multiprofissionais e representam uma estratégia de cuidado integral às pessoas em situação de rua, podendo realizar atendimento tanto na rua quanto na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde está lotada. Tais equipes, referendadas pelas Portarias do Ministério da Saúde n. 122/2012 (BRASIL, 2012c) e 123/2012 (BRASIL, 2012d), têm como objetivos lidar com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção à saúde e da rede do território, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2009). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atualmente o SUS conta com 135 eCR no Brasil (CNES, dez. 2016).

Na atualidade, as equipes de Consultório na Rua têm de lidar com uma alta prevalência de casos com os quais são

demandadas a atuar de forma resolutiva e com a organização de um complexo processo de trabalho que priorize o cuidado em saúde de forma integrada e em rede. Essa dinâmica se insere em um processo histórico que ainda recebe os efeitos de processo de transição das equipes de Consultório de Rua – inseridas no campo e nas práticas da Saúde Mental – que se transformaram em Consultórios na Rua – atuando com as diretrizes da Atenção Básica – e que afetam diretamente as noções de objetivos da equipe e por consequência as próprias práticas realizadas (BRASIL, 2012b).

A complexidade dos casos com os quais as eCR atuam faz com que o seu processo de trabalho tenha peculiaridades, demandando ação de forma integrada e em rede. Assim, entre os diversos desafios colocados para a implementação desta política pública, as práticas destas equipes se apresentam como uma questão de destaque: sua pertinência em relação às necessidades apresentadas pela população em situação de rua, a organização do processo de trabalho e a relação com a rede de atenção e as demais redes do território.

A passagem da saúde mental para a atenção básica

As experiências de trabalho de equipes específicas para o atendimento em saúde à PSR no Brasil aconteceram em dois campos, Saúde Mental e Atenção básica, que, apesar de seguirem os mesmos princípios e diretrizes do SUS, têm lógicas de funcionamento, objetivos e práticas distintas. Para

o caso específico do cuidado à PSR, esta distinção se apresenta claramente nos objetivos, assumindo que na Saúde Mental os Consultórios de Rua disponibilizavam recursos para os cuidados básicos de saúde aos usuários de substâncias psicoativas em situação de maior vulnerabilidade, encaminhando as demandas mais complexas para a rede de saúde (BRASIL, 2010). O Guia do Projeto Consultório de Rua e o Material de Trabalho da II Oficina Nacional do Consultório de Rua constituem duas referências que propõem que as equipes atuem na perspectiva de uma atenção à saúde, em especial para os riscos associados ao uso de álcool e outras drogas, além dos riscos relacionados ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2010). Evidenciava-se o foco em pessoas com questões referentes ao uso de álcool e outras drogas, em situação de alta vulnerabilidade, reconhecendo a equipe como uma ponte para a população que está à margem do sistema de saúde, de modo a viabilizar sua inserção na rede (BRASIL, 2009). Assim, como qualquer outra equipe de Atenção Básica, deve caracterizar-se por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, objetivando com isso desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas (BRASIL, 2012a).

No que se refere à sua composição, as equipes de Consultório na Rua são multidisciplinares e podem funcionar em

diferentes modalidades. Cada equipe é responsável por uma população de no mínimo 80 e no máximo 1000 pessoas em situação de rua (BRASIL, 2012c). Em municípios ou regiões onde a população em situação de rua for menor do que 80 pessoas, o cuidado integral dessas pessoas será responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) do território onde essas pessoas estão concentradas (BRASIL, 2012 c).

Essas equipes de Saúde devem seguir atributos da Atenção Básica, como: "ser porta de entrada, propiciar atenção integral e longitudinal e coordenar o cuidado" (BRASIL, 2011).

As equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades e composições:

a) Modalidade 1 compostas por quatro (4) profissionais;

b) Modalidade 2 composta por seis (6) profissionais;

c) Modalidade 3 composta por sete (7) profissionais, sendo um necessariamente médico.

Podem fazer parte da eCR os seguintes profissionais: enfermeiro, psicólogo, assistente social, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional de educação física, profissional com formação em arte e educação, terapeuta ocupacional e médico.

A composição atual das equipes pode se constituir em outro ponto de tensão futuro para o processo de implantação

desta política pública, já que a presença maciça de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem nas equipes pode ter influência no conjunto de ofertas clínicas, nas formas de organização do processo de trabalho, além de também tensionar o campo de atuação com novos e diferentes dilemas éticos ligados à atuação dos profissionais no contexto das ruas – por exemplo: quais procedimentos podem ser realizados na rua?

O processo de transição dos Consultórios de Rua (SM) para Consultórios na Rua (AB), descrito nos parágrafos anteriores e celebrado pela PNAB em 2011, ainda traz efeitos nas práticas das referidas equipes e provavelmente seguirá reverberando por algum tempo. Portanto, deve fazer parte das análises sobre estas equipes na solidificação desta política.

Neste sentido, para compreender as características das ações, este estudo pretende apresentar e discutir as práticas promovidas pelos Consultórios na Rua, a partir do Sistema de informações SIAPES, utilizado por estas equipes no período de 2012 a 2015.

Materiais e métodos

Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa documental que foi realizada com base nos sistemas de informação construídos pelo Ministério da Saúde para garantir conhecimento mais acurado do trabalho desenvolvido pelas equipes nos territórios. Para tanto, foram utilizados os seguintes sistemas:

A) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES):

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) se propõe a ser uma ferramenta de gestão e referência cadastral de todos os estabelecimentos públicos, conveniados e privados de saúde, no território Nacional (CNES, 2016). O cadastramento dos estabelecimentos, serviços e equipes de saúde é realizado pelo gestor local (Secretaria Municipal de Saúde ou a Secretaria Estadual de Saúde).

B) Sistema de Apoio à Pesquisa Estatística – SIAPES.

O SIAPES é um sistema gerenciado pelo DAB e contém um conjunto de dados que são preenchidos pelas equipes mensalmente, a fim de mapear a sua realidade no território. Ele foi lançado junto a uma ampla divulgação do manual instrutivo para a facilitação do preenchimento pelas equipes (BRASIL, 2012e). Dentre os dados registrados, destacam-se: a identificação da equipe, o município, a unidade de saúde onde a equipe estava lotada, o nome da equipe, o cadastro da população, características demográficas da população atendida, tipos de casos atendidos.

Este sistema de informações começou a recolher as informações sobre as eCR em setembro de 2012 e esteve ativo até dezembro de 2015, sendo reconhecido como a ferramenta de registro do processo de trabalho das equipes que assistem as pessoas em situação de rua (incluindo, naquele período, as equipes de Consultório na Rua/eCR e as Equipes de

Consultório de Rua/CR). No período, o SIAPES foi preenchido por 84 Consultórios na Rua e também pelos 4 Consultórios de Rua que ainda funcionavam até o ano de 2015 (4,5% do total de equipes) e estas categorizaram-se como uma das três modalidades de eCR (como estabelecido pela Portaria n. 122/2012), totalizando 88 equipes. Desse modo, este trabalho tratará todas as equipes como Consultórios na Rua.

Os referidos sistemas foram adotados no presente estudo por serem as referências utilizadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde. Apresentam dados que se complementam e permitem uma visão geral da composição das equipes e uma compreensão das demandas que atendem (SIAPES) por meio do mapeamento das ações em todo o território nacional.

Dados gerais sobre a distribuição das equipes

De acordo com a Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, atualmente o SUS conta com 135 eCR no Brasil (BRASIL, 2016a). O número total de municípios que podem implementar essas equipes é de 263 (BRASIL, 2012c), porém, atualmente, 81 municípios contam com Consultórios na Rua em sua rede e estão presentes nas cinco regiões do país.

Resultados e discussão

Modalidades e categorias profissionais

Na sequência, com base nas informações disponíveis no CNES, foram apresentados os dados sobre as modalidades e categorias profissionais que têm feito parte dos Consultórios na Rua.

Na Tabela 1 são apresentados os números de trabalhadores e eCR, por modalidade. Ao estabelecer uma proporção entre o total de equipes e de trabalhadores, observa-se que, em todas as modalidades há a superação do número de profissionais exigidos. No caso da modalidade 1, em que se exigem 4 profissionais, a proporção é de aproximadamente 6,1. Para a modalidade 2, são exigidos 6 trabalhadores, e a proporção verificada é de 6,8. Por fim, na modalidade 3, são demandados 7 trabalhadores e a proporção encontrada a partir dos dados é de 7,8 trabalhadores por equipe.

Tabela 1 – Quantitativo de trabalhadores por modalidade de equipes

	Modalidade 1	**Modalidade 2**	**Modalidade 3**	**Total**
Total de Trabalhadores	140	403	406	949
Total de eCR	23	60	52	135
Proporção entre número de equipes e de profissionais	6,1	6,8	7,8	

Fonte: CNES/MS – 12/2016.

Outro ponto relevante diz respeito à ampliação das categorias profissionais. Com a Portaria n. 1.029/2014, outras categorias profissionais foram incorporadas às equipes (cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação), e com isso aumentam as possibilidades de arranjos de profissionais e de saberes nas eCR. A Tabela 2 apresenta os profissionais que podem compor as eCR e hierarquiza pelo número de profissionais presentes nas equipes (CNES, 2016).

Tabela 2 – Distribuição dos Profissionais por modalidade

Categoria Profissional	Modalidade 1	Modalidade 2	Modalidade 3	Total
Agente de Ação Social	25	103	90	218
Técnico Auxiliar de Enfermagem	36	72	72	180
Enfermeiro	25	60	65	150
Psicólogo	20	66	46	132
Assistente Social	20	54	45	119
Médico Clínico	6	9	53	68
Técnico Auxiliar de Saúde Bucal	1	12	11	24
Terapeuta Ocupacional	2	12	5	19
Cirurgião Dentista	3	6	5	14
Educador Social	2	5	7	14

Categoria Profissional	Modalidade 1	Modalidade 2	Modalidade 3	Total
Prof de Educação Física	0	3	1	4
Agente Comunitário de Saúde	0	0	3	3
Agente de Saúde	0	0	2	2
Fisioterapeuta	0	0	1	1
Fonoaudiólogo	0	1	0	1

Fonte: CNES/MS – 12/2016.

O atual perfil dos profissionais, apresentado pela Tabela 2, aponta a presença majoritária do campo da enfermagem (enfermeiro e técnico auxiliar de enfermagem) nas equipes, em todas as modalidades, aproximadamente 34,8% do total de profissionais (CNES, 2016), especialmente nas equipes maiores (modalidades 2 e 3), podendo indicar uma resposta das gestões locais à necessidade de interação com agravos com os quais a ação da enfermagem pode contribuir com uma maior resolutividade, já que a formação das equipes e as categorias profissionais que as compõem são de autonomia da gestão municipal de saúde.

Na sequência aparecem os Agentes de Ação Social, trabalhadores que podem ter experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua, desempenhando atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de

risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. (BRASIL, 2012c), trabalho muito próximo ou análogo ao dos Redutores de Danos nos Consultórios de Rua. Além destes, há a presença de categorias profissionais que historicamente compõem o campo da atenção psicossocial que são os psicólogos (4º) e os assistentes sociais (5º), para os quais a presença nas equipes é de aproximadamente 26,4%17(somadas as duas categorias). Outro dado relevante diz respeito ao número de médicos que fazem parte das equipes de Modalidade 1 e 2. Atualmente, 15 médicos compõem as referidas equipes, mesmo sem a exigência por parte das portarias vigentes. Tais dados reforçam a aposta municipal nesta categoria profissional, mesmo com o custeio deste trabalhador acontecendo por conta do município, pois o custeio federal não contempla estes profissionais.

Caracterização das ações das eCR

Para abordar as ações desenvolvidas pelas CR e eCR, antes é importante compreender as características gerais da população atendida por elas. Assim, foram apresentados inicialmente os dados referentes a sexo, raça/cor, faixa etária e perfil de morbidade. Em seguida, foram abordados os aspectos mais específicos e relacionados ao atendimento, tais como desfecho do caso, encaminhamentos, cuidado compartilhado, atividades coletivas e internações hospitalares. O universo de usuários atendidos pelas equipes é de

aproximadamente 100.000 pessoas. Os dados apresentados na Tabela 3 baseiam-se nesse quantitativo de atendimentos.

Tabela 3 – Dados sociodemográficos da população atendida

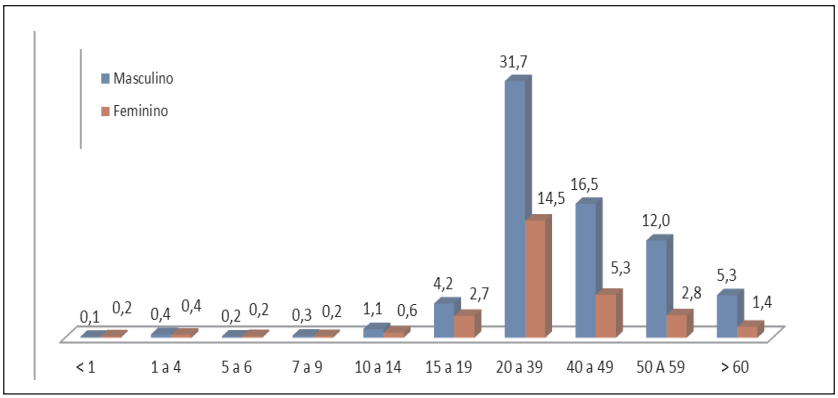
Sexo	%
Masculino	72,00
Feminino	28,00
Raça/cor	%
Amarelo/Oriental	0,99
Branco	31,80
Indígena	0,62
Pardo	44,28
Preto	22,28

Fonte: CNES/MS – 12/2016.

Os itens sexo, raça/cor e idade foram autorreferidos pelos usuários (BRASIL, 2012e). Os dados apresentados pelos gráficos 1 e 2 do SIAPES não se afastam muito dos dados expostos pela Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (BRASIL, 2008), posto que a referida pesquisa nos informa que a PSR era à época 82% masculina e 18% feminina. A população em situação de rua cadastrada e acompanhada pelas equipes de Consultório na Rua é predominantemente masculina (Gráfico 1 – 72%), constituída em maior número por pessoas negras, acumulando entre pardas ou pretas (Gráfico 2 – 66,56%) e em sua maioria adultos jovens (Gráfico 3 – 46,2%). Os dados referentes à faixa etária trazem a questão

do trabalho como um elemento importante na organização do cuidado e atenção ofertadas pelas eCR, pois se incluirmos a faixa dos 40 a 49 anos, uma porção significativa da PSR (68%) pode estar ligada aos processos produtivos e ao mercado de trabalho, fato que também pode ter impacto nos horários e locais de atendimento proporcionado pela equipe.

Gráfico 1 – Percentual de usuários cadastrados por faixa etária, segundo o sexo



Fonte: CNES/MS – 12/2016.

a) Perfil de morbidade

Tabela 4 – Perfil de morbidade

Morbidade	%
Álcool	35,70
Outras Drogas	25,11
Crack	21,18
Hipertensão Arterial	5,74
Transtornos Mentais	4,21
HIV/AIDS	2,46
Diabetes	2,09
Tuberculose	1,56
Hepatite Viral	0,97
Gestante	0,76
Câncer	0,16
Hanseníase	0,06

Fonte: CNES/MS – 12/2016.

No que tange ao perfil de morbidade, os problemas decorrentes do uso de drogas são os mais prevalentes (81,99%), como o apresentado no Gráfico 4. Além deste número existem atualmente 114 psicólogos, 152 agentes de ação social, 223 enfermeiros, 64 médicos e 133 assistentes sociais nas eCR (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, Dez/2016). Essa prevalência coloca a questão da resolutividade para pessoas que têm problemas na relação com álcool e outras drogas (AD) na agenda da eCR. Os

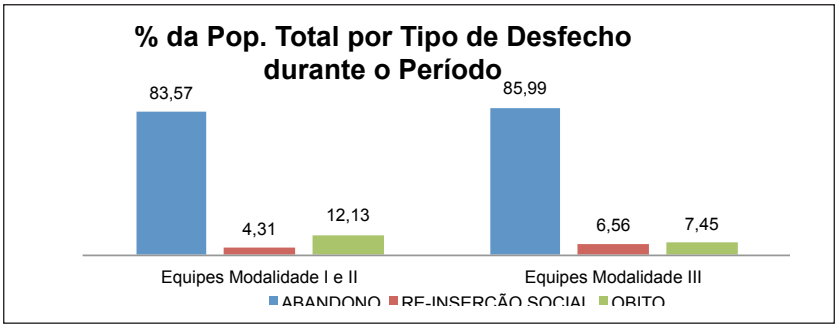
dados em questão indicam a necessidade de desenho de ofertas de cuidado específicas da eCR paras as questões AD. Nessa mesma direção, observa-se que a organização da UBS torna-se fundamental para acolher e atender aos usuários que apresentam exigências diferenciadas a partir desta característica da população atendida. Se, no caso desse número acentuado de questões referentes ao cuidado AD, a principal oferta da eCR for o encaminhamento para serviços especializados (Caps, Caps AD, ambulatórios especializados, entre outros), ampliamos a possibilidade da eCR de operar "somente" como equipe de vinculação, mas que não maneja o vínculo em prol do cuidado direto ao usuário. Desse modo, o Consultório na Rua pode se tornar uma equipe de saúde que promove acesso às demais equipes do território, mas com baixa efetivação de cuidados de enfermagem, psicologia, serviço social, medicina, odontologia, além das demais ofertas de cuidado da eCR, promovidas pela própria equipe.

O vínculo é sem dúvida uma das principais ferramentas do trabalho em saúde (MERHY, 2002), porém uma ferramenta que, por ter inúmeras utilizações, exige da eCR a ampliação das ofertas de cuidado realizadas pela própria equipe na rua e na unidade de saúde onde ela está localizada, garantindo acesso, atenção e direito à saúde.

b) Desfecho do caso

O Gráfico 2 apresenta dados referentes ao tipo de desfecho dos atendimentos, considerando as modalidades de equipes. Os desfechos ou motivos de desvinculação do usuário à eCR referem-se ao encerramento, de forma definitiva ou temporária, da assistência prestada ao usuário dos serviços do Consultório de/na rua (BRASIL, 2012e). O item reinserção social não teve maiores detalhamentos pelo Manual instrutivo do SIAPES.

Gráfico 2 – Tipo de desfecho



Fonte: CNES/MS – 12/2016.

Nas equipes de modalidade 3 (com a presença obrigatória do profissional médico) o desfecho "óbito" é 4,68%, menor do que nas equipes de modalidade 1 e 2 (sem a presença do profissional médico). Para o desfecho "reinserção social", a modalidade 3 é 2,25% maior que nas demais modalidades, e para o desfecho abandono é 2,42% maior para as equipes de modalidade 3. Fica colocada aqui a necessidade da articulação, para as equipes que não possuem médicos, com as

equipes de Saúde da Família das UBS do território para que o trabalho desses profissionais possa ampliar a resolutividade da eCR. O abandono ou perda de contato com o usuário é elevado nos três tipos de equipe, sempre acima de 80%, dado que se destaca e pode merecer atenção das equipes, pois estratégias de vinculação, adesão às propostas da equipe, ou mesmo a lógica de longitudinalidade tão cara à Atenção Básica podem ser ferramentas interessantes para interagir como problema do abandono.

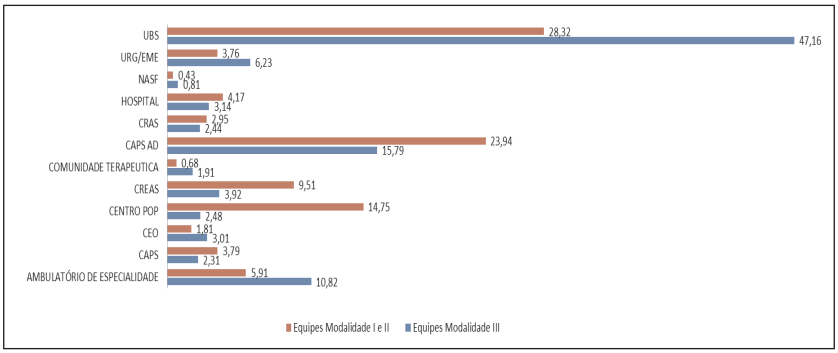
c) Encaminhamentos

O Gráfico 3 demonstra a distribuição do percentual de encaminhamentos, considerando as modalidades de equipes e os serviços ou unidades para que os usuários foram encaminhados. Neste item são entendidos os dados referentes ao número de encaminhamentos realizados pelas equipes, objetivando transferir o cuidado do usuário para outros serviços (BRASIL, 2012e).

Quanto aos encaminhamentos, os serviços mais acionados pela eCR são a UBS, o Caps AD e o Centro Pop. As equipes de modalidade 3 encaminham quase 20% a mais para as UBS do que as demais modalidades. A presença do médico na equipe pode ter acarretado uma maior oferta de ações de cuidado para as questões referentes ao campo AD, por parte das equipes modalidade 3, tendo em vista que os encaminhamentos para os Caps AD são 8,15% menores do que nas equipes de modalidades 1 e 2. Na relação com os Centro

Pop as equipes de modalidade 1 e 2 encaminham 12,27% a mais do que as de modalidade 3.

Gráfico 3 – Percentual de encaminhamentos por modalidade de equipes



Fonte: CNES/MS – 12/2016.

O gráfico indica, ainda, que as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) são pouco acionadas pelas eCR para o encaminhamento de casos.

Os dados sobre os encaminhamentos podem contribuir para algumas análises sobre o processo de trabalho da eCR, entre eles os limites clínicos desta equipe, pois os casos nos quais o cuidado é transferido para outra equipe evidenciam agravos, condições de saúde, ou vulnerabilidades para os quais a eCR não possui ainda ferramentas para atuar, e essas situações podem alimentar formações nos modelos de Educação Continuada (estratégias específicas de formação, direcionadas para a aquisição de determinadas habilidades e competências), ou Educação Permanente (utilizando estes

limites para iluminar temáticas na qualificação do processo de trabalho da equipe).

Outra estratégia que pode ser suscitada pelos encaminhamentos é a análise das filas de espera dos usuários para os especialistas encaminhados. Essa análise pode oferecer dados para serem discutidos em fóruns locais de saúde, assistência social, educação, segurança pública, ONGs, entre outros atores, realizados com ou sem a especificidade da atenção à PSR, com vistas a ampliar o acesso e a qualidade dos serviços ofertados à PSR.

Além disso, pode ajudar na construção de critérios e fluxos de encaminhamentos dos usuários para rede a análise dos seguintes aspectos: o perfil dos encaminhamentos; os agravos e condições de saúde mais encaminhados; as equipes e serviços que mais recebem os usuários encaminhados pela eCR; como se dá a continuidade desses encaminhamentos inseridos no plano de cuidado construído com o usuário; a qualidade do retorno dos casos e das informações produzidas pelos atendimentos das demais equipes para a eCR.

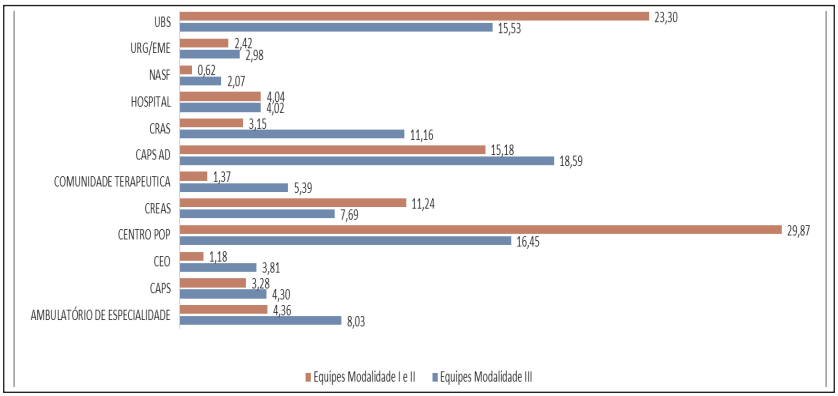
Todos os pontos e estratégias de análise elencados nos parágrafos anteriores objetivam chamar a atenção para o papel/função do Consultório na Rua na qualificação dos encaminhamentos que envolvem a PSR.

d) Cuidado compartilhado

Aqui os dados referem-se ao número de usuários que estão em acompanhamento da equipe do Consultório na Rua de forma conjunta com outros serviços, em caráter transitório, prolongado ou permanente (BRASIL, 2012e).

No compartilhamento dos casos, os principais parceiros das eCR seguem sendo os mesmos serviços presentes nos encaminhamentos, porém o Centro Pop ganha maior destaque junto à UBS e ao Caps AD. Compartilhar o cuidado é uma das mais centrais estratégias das eCR para atender à complexidade dos casos que de um modo geral são atendidos pelas equipes. Aqui as equipes de modalidades 1 e 2 são as que mais compartilham com as UBS (23,30%), até porque elas não podem contar com o profissional médico, necessitando partilhar o cuidado com os profissionais da UBS para dar retaguarda clínica necessária para os casos atendidos. Na parceria/compartilhamento com o Centro Pop também as equipes de modalidades 1 e 2 (29,87%) são as que mais operam. Essa relação de parceria com o Centro Pop pode se constituir como uma estratégia de adesão e sustentação para as ofertas de tratamento, tendo em vista que esses serviços oportunizam um espaço de convivências entre a PSR, que pode ser manejado pela eCR, incluindo ofertas de cuidado e atendimentos conjuntos entre as duas equipes, nos espaços físicos dos dois serviços. Já no caso do Caps AD as equipes de modalidade 3 são as que estabelecem maior relação de compartilhamento, com 18,59%.

Gráfico 4 – Percentual de cuidado compartilhado por modalidade



Fonte: CNES/MS – 12/2016.

A tática do compartilhamento de casos pode vir a assumir uma função pedagógica para as eCR se, no bojo da troca, houver também compartilhamento de saberes entre as equipes (sobretudo com as equipes de Saúde da Família, Centro Pop e Caps AD), como preconiza a lógica/ética do matriciamento. Neste sentido, o compartilhamento dos casos tem um objetivo de oportunizar mais recursos aos usuários para a melhoria de sua qualidade de vida e, concomitantemente, oferecem às eCR a chance de ampliar seus conhecimentos a partir da discussão de casos, atendimentos compartilhados com outras equipes e serviços, construção de protocolos de atendimentos, entre outras formas de troca de saberes, ampliando assim também sua resolutividade.

As equipes de Nasf que têm como forma de organizar seu processo de trabalho a lógica/ética do matriciamento, e que poderiam contribuir sobremaneira com esta estratégia

junto às eCR, também são pouco acionadas para o compartilhamento de casos.

e) Atividades coletivas

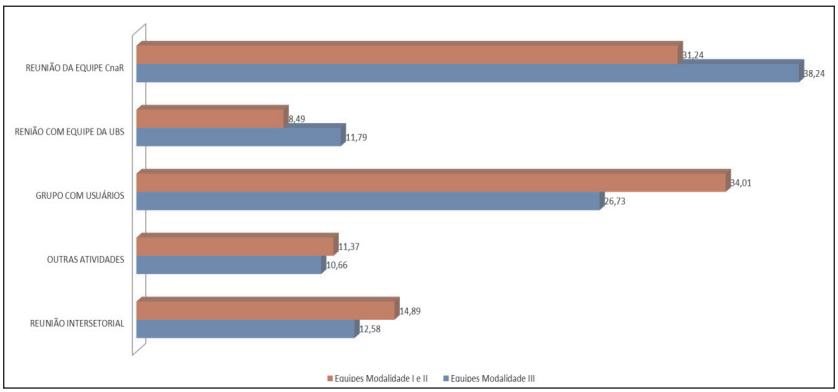
Foram consideradas atividades coletivas as realizadas no território ou na unidade de saúde onde a equipe está lotada, envolvendo usuários ou profissionais (de saúde ou de outros serviços), com a participação mínima de quatro (4) pessoas (BRASIL, 2012e).

As reuniões (Gráfico 5) de equipe tomam a maior parte da agenda das eCR entre todas as três modalidades (em média 34,74%). As equipes realizam mais reuniões internas do que grupos com usuários (em média 30,37%), por exemplo. As atividades diretas com os usuários, no contexto grupal, como oficinas, grupos terapêuticos, grupos por agravos e condições específicas, grupos de acolhimento na unidade de saúde, grupos com a comunidade local, entre outras ofertas que poderiam fazer parte do repertório das equipes na modalidade de atendimento em grupo, são oportunizadas à PSR em menor número que as ofertas da eCR para ela mesma, somando-se a isso as reuniões intersetoriais (em média 13,76%) e as reuniões com a UBS (em média 10,14%).

As ofertas de grupos inseridas no processo de trabalho dos Consultórios na Rua podem se constituir num instrumento de produção de grupalidade, proteção e solidariedade entre a PSR (Passos & Benevides, 2001), ampliando os laços entre

os diversos coletivos presentes nas ruas e que podem, por meio de atividades coletivas, criar zonas de reconhecimento entre si.

Gráfico 5 – Percentual de atividades coletivas no período



Fonte: CNES/MS – 12/2016.

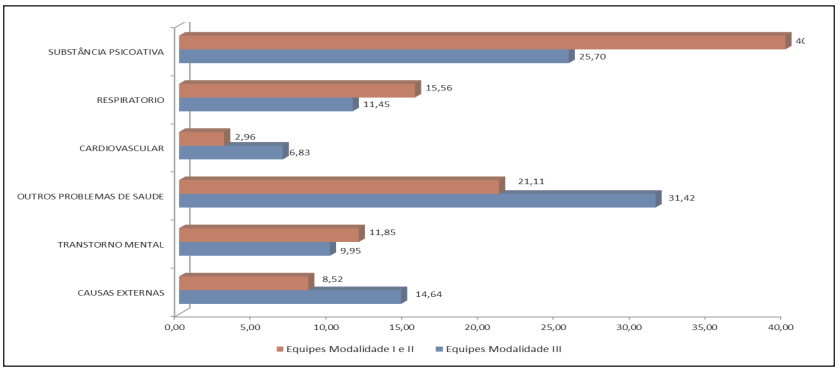
f) Internações hospitalares

As internações hospitalares correspondem às situações de caráter agudo ou por período delimitado, que pela gravidade ou complexidade do caso exijam tratamento clínico e/ou cirúrgico em dependências hospitalares (BRASIL, 2012e).

Quanto às internações hospitalares, as motivadas por problemas referentes ao uso de substâncias psicoativas (gráfico 8) são mais presentes nas equipes das modalidades 1 e 2 (40%) do que nas de modalidade 3 (25,70%). Isso significa que as equipes que não têm a categoria médica como parte da eCR internam 14,30% mais do que as demais equipes.

Assim como no caso dos encaminhamentos, também para as internações hospitalares vale a estratégia de analisar os principais motivos que levam os pacientes a serem internados, com vistas a ampliar as ofertas de equipe no caso das possíveis formas de prevenção desses agravos ou condições, da mesma forma que a relação da eCR com a unidade hospitalar exigirá do Consultório na Rua uma especial atenção para o momento da alta do usuário, pois alguns podem não ter uma rede de proteção social articulada, ficando assim mais vulneráveis ainda neste momento.

Gráfico 6 – Percentual de internações no período



Fonte: CNES/MS – 12/2016.

Considerações finais

Os Consultórios na Rua são produtos das tensões que operam entre um conjunto de forças sociais, políticas públicas, saberes e técnicas. Tiveram maior visibilidade e força enquanto política pública, nos anos 90, com a proposta dos Consultórios de Rua, no campo da Saúde Mental. Contudo,

na atualidade a composição destas equipes pode se constituir em ponto de tensão futuro para o processo de implantação dessa política pública, já que a presença maciça de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem nas equipes pode ter influência no conjunto de ofertas clínicas, nas formas de organização do processo de trabalho, além de tensionar o campo de atuação com novos e diferentes dilemas éticos, ligados à atuação dos profissionais no contexto das ruas (por exemplo: quais procedimentos podem ser realizados na rua?). Ou, ainda, como será a inserção do Agente de Ação Social, desempenhando um trabalho com características próximas às atividades dos Redutores de Danos, nos Consultórios de Rua?

O SIAPES apontou a importância do uso da informação em saúde para os Consultórios na Rua. Esse elemento, que por vezes passa despercebido, perdido em meio às demandas complexas que são a tônica dos casos atendidos pelas equipes, pode ser uma oportunidade de releitura da realidade dos processos de trabalho.

A partir dos dados apresentados pelo SIAPES, podemos olhar para a inserção da PSR no mundo do trabalho, com todos os sentidos possíveis para este mundo (produção de autonomia, autorrealização, responsabilidades, relação com horários, acesso a recursos financeiros, entre tantos outros) e fazer, desse olhar e dessa inserção, materiais de trabalho para a eCR incluir nos planos de cuidado dos usuários, tendo em vista que quase 70% da PSR estão em idade produtiva.

Os dados também mostram a importância de essas equipes constituírem ofertas concretas de cuidado no que tange à atenção das pessoas com problemas na relação com álcool e outras drogas, tendo em vista que aproximadamente 82% da PSR têm alguma questão neste campo. Esse dado provavelmente acarretará a necessidade de qualificação para que todos os profissionais do Consultório na Rua possam acolher, acompanhar e cuidar dessas pessoas, para além de encaminhá-las para serviços especializados.

Quanto aos encaminhamentos, uma questão que pode ser inferida a partir dos dados do SIAPES é sobre a existência de protocolos que definam os critérios para os encaminhamentos das equipes para outros serviços. Será que as eCR os têm? Será que existem protocolos singulares que informem às equipes sobre o que pode ser resolvido pela própria eCR e o que está no limite técnico do serviço e precisa ser encaminhado para a rede?

As análises propostas neste trabalho para os encaminhamentos e também para os compartilhamentos acenam para a função que o Consultório na Rua pode assumir na qualificação da rede local. Através da estratégia do matriciamento, garante o acesso da PSR aos serviços, prepara os colegas da rede para atender a uma população que tem especificidades no seu modo de vida e, sobretudo, proporciona maior qualidade da atenção ofertada, apostando em uma diretriz cara à Atenção Básica, que é a longitudinalidade. Neste ponto, os Nasf, que têm por missão o matriciamento tão presente em

seu processo de trabalho e poderiam transmitir este conhecimento, são pouco acionados pelas eCR.

As ofertas de atividades em grupos também poderiam ser mais exploradas pelos Consultórios na Rua, tendo em vista a potência que pode ter a produção de grupalidade junto à PSR. Além disso, as internações hospitalares recolocam as questões referentes aos problemas AD novamente, colocando aqui a atenção para a possibilidade de ofertas relacionadas com a promoção de saúde e prevenção do agravamento desses casos, já que problemas neste campo são prevalentes para as morbidades, encaminhamentos, compartilhamentos, além das internações hospitalares.

A análise dos dois sistemas de informações revelam funcionamentos e apresentam novas dúvidas e questões na construção do processo de implementação dos Consultórios na Rua no Brasil. Casos complexos, dilemas complexos, qualificação complexa, relação com a rede complexa, enfim, complexidades que podem se valer do uso sistemático das informações produzidas a partir do processo de trabalho das equipes para avançar na construção da cultura da gestão e da clínica informada por evidências.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. *Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.190/GM, de 4 de junho de 2009*. Institui o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (Pead 2009–2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consultórios de Rua do SUS. *Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ, 2010.

BRASIL. *Guia do projeto consultório de rua.* Organizadores: Antonio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério, Luiz Felipe Monteiro. – Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de ru*a. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2012*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua. Brasília, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria n. 123, de 25 de janeiro de 2012*. Define os critérios de cálculo do número de equipes de Consultório na Rua (eCR) por município. Brasília, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual instrutivo para preenchimento de Sistema de Apoio à Pesquisa Estatística – SIAPES*. Brasília, DF, 2012e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria n 1.922, de 5 de setembro de 2013*. Altera dispositivos da Portaria n. 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e financiamento das equipes dos Consultórios na Rua. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria n. 1.238, de 6 de junho de 2014*. Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades. Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria n. 1.029, de 20 de maio de 2014*. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES*. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em: dez. 2016.

CANÔNICO, Rhavana Pilz *et al.* Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 41, edição especial, p. 799–803, 2007.

LOPES, Lucília Elias (org.). *Caderno de atividades*: tutor: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

MERHY, Emeson Elias. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

REIS JÚNIOR, Antonio Garcia. *Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 2011.

5

Samba com a rua: estratégia de cuidado para o uso de álcool e outras drogas

Fernanda Ortins Silva
Gleyson Batista Rios
Marcos Antônio Alves Filho

Parte-se de que "os indivíduos são produtos da sociedade e da socialização familiar e todas as suas escolhas e opiniões refletem essa herança" (SOUZA, 2016, p. 29). Ou melhor, "a essência humana não é uma abstração inerente a cada indivíduo. Na sua realidade ela é o conjunto das relações sociais" (MARX, 2007, p. 28). Assim, questiona-se o "escolher viver na rua" como uma máxima que simplesmente precisa ser aceita. Como Souza (2016, p. 35), entendemos que

> ninguém "escolhe" ser pobre e diuturnamente humilhado. Como somos constituídos por herança familiar – e, portanto, por herança de classe, já que cada classe possui suas

> socializações familiares típicas – e por certos pressupostos emocionais e morais como capacidade de autodisciplina, de concentração, de pensamento e cálculo prospectivo etc., algumas classes são literalmente condenadas à marginalidade, enquanto outras ao sucesso mundano.

Nesse sentido, percebe-se, também, que o uso problemático de drogas parece ser insuficiente para explicar a condição das pessoas que se encontram em situação de rua. Mas é um elemento que camufla, que intensifica a problemática, mesmo quando, ou até porque, usado como "fuga do mundo". Por um lado, como diz Souza (2016), porque a fuga do mundo que a droga propicia se mostra ineficaz. Por outro, ao negar o mundo social, "fugindo do mundo", esse o condena à iniquidade e ao esquecimento. Assim, entende-se que "não é a marginalidade da droga, portanto, que cria a prisão do vício, mas o abandono afetivo e social e a experiência silenciosa de uma humilhação ubíqua e sem explicação palpável" (SOUZA, 2016, p. 36).

Segundo Messas *et al.* (2016, p. 188), a classe social de que provém a maioria das pessoas em situação de rua apresenta "privação de elementos familiares, escolares e profissionais, responsáveis últimos pela oferta de coesão identitária suficiente para a temporalização da biografia". Identifica-se o abandono/exclusão escolar, sem profissão definida, violência familiar e abandono. Ou seja, como afirma Souza (2016, p. 36),

> [a] esmagadora maioria dos usuários autodestrutivos do crack é construída socialmente pelo seu

> abandono secular e pela experiência de humilhação cotidiana que ela implica. A violência peculiar dessa droga é uma resposta a esse abandono e humilhação.

Para Arenari e Dutra (2016, p. 207), a socialização primária precária pode ser revertida. Esses autores acreditam que a força social das instituições permite, "dependendo das exigências e do tipo de atividade que as caracteriza, produzir a condição de pessoa em indivíduos destituídos dessa condição em outros contextos institucionais".

Entretanto, a ação dessas instituições não pode se restringir ao seu espaço. No caso do CAPS AD, esse deve avançar no território. Deve-se buscar acessar de diferentes formas aqueles que não solicitam o tratamento, que não buscam a unidade de saúde, mas fazem um uso abusivo de drogas em espaços públicos, por diferentes motivos. Essa busca não deve se reduzir a um olhar epidemiológico, ou de vigilância. Deve fazer parte a compreensão de que esse uso pode ser sintoma ou a própria caracterização do sofrimento, mas deve-se levar uma perspectiva de promoção da vida e não se restringir aos problemas de saúde que a droga causou, causa ou poderá causar.

Volcov e Vasconcellos (2013, p. 104) afirmam que as campanhas de promoção de saúde só alcançarão seus propósitos na medida em que seja atendida

> a necessidade de mais investigações a serem desenvolvidas com usuários de drogas pertencentes ou não às redes de assistência de

> saúde, bem como análise das substâncias, suas diferenças químicas e efeitos biológicos, para além da denominação drogas, com o intuito de que se possa compreender de maneira mais precisa e aprofundada o que ocorre com essas pessoas, o seu círculo social e as políticas públicas que atendem esse desafio.

As autoras apresentam tais reflexões após analisarem campanhas veiculadas pela imprensa, que estigmatizam e desinformam, vinculadas ao Programa "Crack, é possível vencer".

O referido programa visou desenvolver de forma integrada, com parceria de vários Ministérios, coordenado pelo Ministério da Justiça, ações de prevenção, cuidado e repressão ao uso de drogas.

No âmbito da assistência social, além de outros serviços que devem ser ofertados de forma articulada, cabe ao Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) um importante papel para o desenvolvimento de relações de respeito, solidariedade e afetividade.

Quando se analisa a complexidade do morar na rua, questiona-se a perda de oportunidade da criação de uma portaria interministerial que vinculasse repasses financeiros a articulações de serviços dos diferentes setores da administração pública.

Diz-se isso a partir de análises possíveis sobre a limitação de uma portaria que sistematiza importantes avanços da

assistência em saúde mental no Brasil, mas que se restringiu ao setor saúde; a portaria Ministerial 3088 de 23 de dezembro de 2011. Essa, que "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)", determina que as atividades do CAPS devem ser articuladas com outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes (entenda-se aqui, também, a rede de assistência social, do Sistema Único da Assistência Social-SUAS).

Entretanto, fica a cargo do município, e de fato, na mão dos trabalhadores responsáveis direto pela prestação de serviço, a superação de dificuldades imensuráveis na articulação de redes, quase sempre sem empenho de gestão. Tornando as conquistas, apesar de surpreendentes, na maior parte das vezes, insustentáveis. Deve-se avançar das formas mais sistemáticas possíveis no campo jurídico-político. E para as questões relacionadas ao uso de drogas no Brasil, as ações de cuidado devem se articular desde o nível dos Ministérios, de forma intersetorial, alcançando as representações da sociedade civil dos grupos que sofrem com as políticas, principalmente as políticas de drogas, até os trabalhadores responsáveis pela prestação direta dos serviços.

No entanto, está claro o limite jurídico-político que deve ser sustentado por outras ações, já que, como afirmam Dutra e Henriques (2016, p. 325),

> os agentes institucionais que controlam o acesso a bens e serviços estatais, em contato direto com os indivíduos, torna altamente improvável que as diretrizes e premissas formuladas pelo poder público formal, jurídica e democraticamente constituído ocupem o primeiro plano enquanto fator estrutural que orienta as ações e decisões desses agentes institucionais.

Lima (2016), ao realizar estudo antropológico em cenas intensas de uso de crack em capitais no nordeste, afirma que não é possível compreender os "crackeiros" a partir de teorias que se prendem à ideia de falta, ausência ou incapacidade. Segundo a autora, os poucos estudos sobre a socialização "desviante" trazem problemas para compreender essa realidade, pois levaria a uma análise que reduziria "o tema do comportamento desviante aos efeitos simbólicos das lutas por classificação, rotulação e estigmatização" (p. 67). A autora, questionando a "ausência de estrutura social" na socialização desses sujeitos, observou que

> o mesmo pano de fundo objetivo de regularidades sociológicas, sejam elas em escala intersubjetiva pessoal (assédio moral familiar, vexação, violência física, abandono familiar, tensão e conflitos amorosos, laços de amizade frágeis e desconfiança mútua), sejam essas em escala individual (autodesvalorização, desleixo, agressividade, resistência e recusa às imposições e obrigações, individualista, anti-hierárquicas e antiformalistas, renúncia de si, autodesvalorização, resistência ao cultivo do ascetismo, indisciplina, insolência,

> indocilidade, falta de autonomia, refúgio fora da família, culpabilidade, frustração, ilusão, autoestima baixa, vergonha etc.) (LIMA, 2016, p. 69-70).

Podemos afirmar que, como produto e produtor dessa forma de socialização, está o mecanismo de desclassificação social, que, segundo Souza (2016), se apresenta na sua forma como

> "desclassificação objetiva", ou seja, "sentida" pelo agente e pela sociedade que o rodeia, decorrem precisamente deles serem julgados e avaliados como "indignos", o que significa serem, na realidade, menos que humanos. A regra da igualdade entre as pessoas não é jurídica nem religiosa e só produz efeitos se o consenso social implícito assim o referendar. Senão a igualdade jurídica ou religiosa é letra morta" (SOUZA, 2016, p. 34).

Mendes e Horr (2014, p. 96), ao discutirem a atenção psicossocial aos sujeitos em situação de rua, acreditam que o terapeuta ajuda o sujeito a identificar e o encoraja a realizar os seus desejos: "Dar visibilidade e voz a alguém que dizia fazer questão de 'ser invisível', por sentir vergonha de sua situação de morador de rua e alcoolista. Identificar suas potencialidades e ajudar a fazer ele [sic] acreditar ser possível realizar".

Tal processo pode ser alcançado a partir de um projeto terapêutico singular, que se fundamenta na compreensão e necessidade emergente da construção de uma clínica ampliada que horizontaliza a relação cuidador/paciente.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a humanização da atenção e da gestão no SUS é uma prioridade inadiável. Se o desafio é humanizar a atenção e a gestão do SUS, temos, também, o desafio de criar instrumentos para que a clínica e a gestão sejam pensadas juntas, inseparavelmente. Entendendo que não só médicos fazem a clínica, mas todos os profissionais de saúde, é que surge a proposta da Clínica Ampliada, da qual faz parte a ideia de Projeto Terapêutico Singular. Para Oliveira *et al.* (2015, p. 440),

> o desenvolvimento de projetos terapêuticos por uma equipe multiprofissional se constitui como estratégia central de produção do cuidado e visa promover acolhimento, vínculo, responsabilização pelos usuários e garantir atenção continuada e integral.

O Projeto Terapêutico Singular é uma tecnologia de atenção em saúde que inverte radicalmente a ideia de cuidado. Parte da premissa de que as demandas de saúde são também mediadas por outros fenômenos que percorrem o caminho da vida de qualquer indivíduo. Nela, os esforços profissionais não se concentram na perspectiva de uma resposta imediata ao problema, tal como acontece em uma intervenção unicamente médico-centrada, mas sim de uma análise que busca a compreensão dos seus determinantes, desde os sociais, tais como a compreensão da realidade concreta em comunidade como gerador de vulnerabilidades e de mecanismos protetivos, seja na família como locus e também como potencializadora desse processo; econômicos, políticos

e culturais, no que diz respeito ao acesso a políticas sociais constitucionalmente garantidas (educação, saúde, trabalho, moradia, lazer etc.); psíquicos e fisiológicos (transtornos mentais, processos psicossomáticos etc.).

Nesse sentido, a compreensão de saúde é deslocada da ideia restrita de "ausência de doença" para uma perspectiva que amplia a responsabilidade estatal na determinação de políticas públicas, bem como exige do profissional um compromisso radical com o sujeito, sendo ele percebido de uma forma singular.

Partindo dessa compreensão, ampliar a rede de cuidado e, ao mesmo tempo, singularizar o indivíduo em sua proposta terapêutica, exige novas intervenções.

Ações que cotidianamente são relacionadas ao bem-estar, à promoção da saúde etc. como o lazer, parece ser um excelente elemento de aproximação e construção de vínculo com pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O lazer, que tem lugar no tempo liberado das obrigações, pode representar uma rica experiência pessoal e social (ANDRADE; MARCELLINO, 2011).

Para Pasquim e Soares (2015), o lazer seria uma das formas de intervenções de um projeto terapêutico para pessoas com problemas com álcool e outras drogas, esperadas em serviços de saúde mental. Ao qualificarem o lazer na perspectiva da saúde coletiva, os autores afirmam que este é

> uma prática conscientemente classista que não se submete a uma forma fixa de ambiência apenas agradável e amena, mas exige uma desinstitucionalização dos serviços de saúde e, além disso, a apropriação do território que permita uma vivência integradora, participativa, diversa e múltipla do lazer (PASQUIM; SOARES, 2015, p. 323).

Nesse sentido, a música (a apreciação, o tocar instrumentos ou o cantar) se apresenta como uma forma possível de manifestação do lazer. O envolvimento, de forma livre, com uma prática, em que a linguagem musical se faça presente, "pode auxiliar muito no processo de expressão, de conscientização do paciente, de alívio da ansiedade e de mudança de estilo de vida" (CERVELLINI, 2013, p. 11).

Dada a complexidade relacionada ao uso problemático de drogas em situação de rua, objetivou-se identificar o papel do lazer na construção de vínculos entre unidade/trabalhador da saúde mental com pessoas em situação de rua e como potencial motivador para início do tratamento dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Materiais e métodos

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo. Foi realizada observação participante em dois processos que tinham a música como estratégia fundamental, realizadas por trabalhadores de um CAPS AD de Goiânia. As

atividades eram desenvolvidas em parceria com trabalhadores do Consultório na Rua e do Centro POP.

Os processos observados eram compostos por atividades semanais de aproximadamente 3 horas de duração.

Uma das atividades era desenvolvida em uma praça da cidade de Goiânia, conhecida por ser uma região de grande presença de pessoas em situação de rua. A outra era desenvolvida em uma unidade da Secretaria Municipal de Assistência Social, especializada para o atendimento para população em situação de rua – Centro POP. Foram realizados registros em caderno de campo e análise do material produzido a partir das observações.

Resultados e discussões

Desde quando o CAPS AD foi inaugurado, este serviço se articulou para ser referência para o atendimento à população em situação de rua. Participando ativamente das atividades promovidas por instituições que pautavam a situação na rua e promovendo articulações para qualificar o atendimento oferecido a essa população pelo CAPS e, principalmente, sempre envolvido com as ações com o grupo que deu origem a representação no Estado de Goiás do Movimento Nacional da População em Situação de Rua.

O envolvimento desse CAPS com a população em situação de rua está dentro do contexto de sua criação. O CAPS AD

foi uma das unidades autorizadas pelo Ministério da Saúde na vigência do Programa: Crack, é possível vencer.

Durante meses após a pactuação feita pelo Município de Goiânia, de adesão ao programa, se discutia (Secretaria de Saúde, de Assistência Social, de Defesa Social, Assessoria Especial de Direitos Humanos, entre outros setores) a necessidade de criação de novas unidades para o atendimento a pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Com a inauguração do CAPS, apesar da distância das áreas de cenas de uso mapeadas pela Guarda Civil Metropolitana, à equipe desse serviço recaiu a responsabilidade de priorizar o atendimento à população em situação de rua, mais especificamente nas cenas de uso mapeadas pela Guarda.

Em várias tentativas de articulação com outras instituições e serviços (Consultório na Rua, Serviço Especializado de Abordagem Social/Secretaria Municipal de Assistência Social-SEAS/SEMAS, Casa da Acolhida Cidadã-CAC – abrigo transitório –, representação em Goiás do Movimento Nacional da População em situação de Rua-MNPR, Ministério Público, Coordenação do Programa "Crack, é possível vencer", entre outros), identificamos que a distância das regiões de aglomeração da população em situação de rua se apresentava como um elemento que dificultava para este CAPS tornar-se referência para essa população, mesmo que as instituições identificassem disponibilidade e potencial da equipe desse serviço.

Surgiu a ideia de que profissionais do CAPS AD identificassem, em conjunto com outras instituições e serviços, locais em que essa população se apresentava de maneira mais fixa e iniciasse a discussão de projetos de intervenção nesses locais.

Essa ideia ganhou força após atividades de um intercâmbio com a cidade de São Paulo, em projeto do Ministério da Saúde, em que experiência do que vem sendo chamado de "CAPS Rua" foi apresentada em intervenção na região da Estação da Luz, conhecida após exposição da mídia como crackolândia. As justificativas apresentadas para a existência de tais ações estava na necessidade de alcançar os casos mais graves de uso de álcool e outras drogas – como previsto nos documentos oficiais orientadores da política de saúde mental no Brasil –, que muitas vezes se encontram em situação de rua.

Além da distância, outras causas, alheias à nossa compreensão, que dificultaram o processo que apontasse o CAPS Negrão de Lima como referência para essa população, levaram-nos a pensar na possibilidade de intervenção na rua – CAPS-RUA. Assim, passamos a analisar alguns lugares em que essa população se aglutinava em certos períodos, com apoio da coordenação do Programa "Crack, é possível vencer", o serviços do Consultório na Rua e do Serviço Especializado de Abordagem Social para identificarmos locais e possíveis ações.

O recuo nos investimentos que deveriam ser feitos pela Prefeitura levou a uma interrupção no planejamento das

ações do Programa: “Crack, é possível vencer”. O retorno às ações específicas desenvolvidas pelo CAPS para população em situação de rua deu origem ao projeto de Convivência Musical com a População em Situação de Rua.

A música apareceu como uma boa estratégia de construção de vínculo para início do cuidado ampliado, com atenção especial aos problemas decorrentes ao uso de álcool e outras drogas.

Articulações necessárias e realidade possível

O projeto foi desenvolvido a partir de uma clara noção da insuficiência de uma ação cultural para o cuidado integral à população em situação de rua. Assim, estabelecem-se como objetivos para a ação: desenvolver ações intersetoriais de cuidado ampliado à população em situação de rua; desenvolver ações de ensino e aprendizagem do manuseio básico de instrumentos musicais; construir rotinas que possibilitem o protagonismo nas ações culturais em futuros encontros da população em situação de rua; ofertar atividade de cultura e lazer, utilizando a linguagem musical como mediadora de ações de cuidado e Redução de Danos; utilizar a oficina enquanto estratégia para vinculação ao serviço (CAPS AD) realizando, sempre que possível, intervenções breves com os potenciais usuários.

Estava bastante claro para os trabalhadores do CAPS AD o papel desta, no conjunto das ações de cuidado que esta unidade iria ofertar para a população em situação de rua.

No mínimo duas questões se apresentaram quando se trata do monitoramento das ações para população em situação de rua de maneira intersetorial. Uma seria a necessidade permanente de acompanhamento dos objetivos alcançados na ação desenvolvida e como esses objetivos atendem, total ou parcialmente, as unidades envolvidas, ou como esses objetivos contemplam a tipificação ou o papel estabelecido para cada uma dessas unidades. Isso em certa medida conseguirá demonstrar como a ação desenvolvida está articulada com o papel das unidades envolvidas. Entretanto, isso não traz em si uma lógica de garantia de melhor atendimento às necessidades dessa população, já que muitas vezes encontramos situações em que a população apresenta demandas que não estão previstas em nenhuma das funções das unidades de referência para população em situação de rua. Tanto com relação à rede concretamente existente, quanto com relação às redes previstas no SUAS e no SUS e que os municípios ainda não conseguiram implantar.

Aponta então nesse primeiro elemento a condição de avaliar em primeira instância a sustentabilidade dos projetos, tendo em vista que os objetivos de cada uma dessas unidades precisam no mínimo parcialmente ser contemplados nas ações desenvolvidas em conjunto. O segundo papel que está posto se apresenta independente do projeto pensado.

Independente do que está previsto no projeto da articulação intersetorial, ação será desenvolvida por pessoas, por trabalhadores. Nesse sentido, há também de se organizar um processo de monitoramento das perspectivas, expectativas e desejos dos trabalhadores envolvidos nessas ações, já que a maioria das ações intersetoriais foge ao que tradicionalmente se exige de um trabalhador lotado em qualquer unidade, de qualquer setor. Isso quer dizer que a ação intersetorial dificilmente faz parte de uma cobrança do trabalho de cada um dos profissionais. Esse trabalhador não é cobrado no seu dia-a-dia por ações dessa dimensão, o que acaba ficando a cargo daqueles profissionais que se dispõem a contribuir, um pouco mais, com a responsabilidade das ações intersetoriais.

A articulação inicial do CAPS com o Consultório na Rua para a realização da atividade na praça não se mostrou sustentável. As demandas que recaíam sobre a equipe do Consultório na Rua não permitiram o envolvimento efetivo no projeto, com várias interrupções na participação, explicadas pela condição objetiva de trabalho: uma equipe de Consultório na Rua em trabalho integral (matutino e vespertino) para cobertura de uma cidade de mais de 1.300.000 habitantes.

Após várias tentativas de articulação, conseguiu-se que o Consultório na Rua priorizasse a atividade. Envolveu-se de forma significativa na atividade realizada no Centro POP. Entretanto, o tempo de organização no Centro POP não foi suficiente para que a atividade se estabelecesse na rotina de trabalho dessa unidade. As ações ocorriam em um espaço

isolado, na entrada da unidade – um bom espaço – mas que ainda procurava "espaço" na dinâmica de trabalho dessa unidad. Para Souza (2016, p. 36),

> qualquer processo eficaz de "cura" ou reinserção social tem de levar em conta a necessidade de refazer, em alguma medida pelo menos, aquilo que a socialização familiar incompleta ou abertamente violenta e destrutiva não foi capaz de realizar: a construção de um ser humano com um mínimo de capacidade de ação no meio social à sua volta.

Importante frisar que um objetivo dessa dimensão não se alcança sem articulações ampliadas que priorizem projetos com a educação, formação profissional e políticas adequadas de geração de emprego e renda. Essas articulações não foram realizadas no período observado.

Na instituição e na praça: o mesmo samba, realidades diferentes

Apesar da diferença de localidade, alguns elementos eram comuns aos projetos. Nesse sentido, foram construídos como eixos metodológicos para as ações: 1) intersetorialidade (No Centro POP: Parceria com este serviço, haja vista que a instituição atende cotidianamente usuários em situação de rua que possuem uma relação problemática com o álcool e outras drogas. Na Praça: Articulação com Centro POP/SEMAS, SEAS/SEMAS, MNPR, CAC/SEMAS, instituições filantrópicas, entre outras, requisitadas de acordo com as

demandas diárias); 2) lazer e cultura (Roda lúdica de samba e outros ritmos. Ensino dos instrumentos de percussão. Prática de repertório musical); 3) redução de danos e intervenção breve (Orientações gerais em saúde. Orientações específicas (individual ou coletiva) sobre problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Orientações sobre a proposta de atendimento no CAPS AD); 4) acolhimento e vínculo (Postura acolhedora e atendimento humanizado (escuta qualificada para as queixas e demandas). Apresentação diária da proposta do grupo, orientando os novos participantes. Articulação para atendimento de casos no CAPS AD e outros serviços da rede de saúde).

Nas avaliações das intervenções e a preocupação que a música não se encerrasse em si (mesmo entendendo que a atividade de produção ou apreciação musical desenvolvida como forma de lazer também se configura como direito dessa população, sempre tentamos evitar o questionamento se esse era o papel de um serviço de tratamento em álcool e outras drogas), identificamos um limite em dar vazão às demandas apresentadas pelas pessoas ali atendidas. E se podemos dizer que fazíamos redução de danos, não conseguíamos oferecer muito para aqueles que solicitavam ações de políticas de responsabilidade de outros setores, por exemplo, a assistência social, ou mesmo a priorização de atendimento nos serviços de saúde.

A ausência de um fluxo prioritário para a população em atendimento, independente do setor, gerava frustrações,

negativas às demandas, interrupções, entre outros problemas para qualidade do cuidado.

Tanto no Centro POP, quanto na praça, a regularidade na participação era de poucos. A maioria com uma ou duas participações em seis meses. Essa situação não dificultava a aproximação e a construção de vínculo.

Na praça, a violência às vezes estava presente (sempre entre eles, nunca com os profissionais), o uso constante do álcool durante a atividade (por mais que conseguíssemos realizar acordos com os que iniciavam a atividade, no decorrer chegavam pessoas alcoolizadas e portando bebida alcoólica), a necessidade de resolver problemas relacionados ao banho, alimentação, roupa ou outros acordos interferia nos objetivos da atividade.

A violência, sempre contra os seus, surgiam de problemas, às vezes de motivações fúteis, mas, não "tendo sequer acesso às instituições em que tais soluções podem ocorrer, resolvem-nos na faca. Acossados, amedrontados, sem ter para onde fugir nem onde se esconder, reagem agressivamente". (MAYORA, 2016, p. 153). Os poucos que mantinham a regularidade de participação já se abriam para 'conversas' sobre questões que traziam sofrimentos, disponíveis para o cuidado. E muitos, mesmo sem uma maior regularidade, já sabiam da atividade semanal, divulgavam e traziam convidados e reconheciam os profissionais em outros espaços da cidade, sabendo que poderiam solicitar o cuidado.

A atividade no Centro POP se inicia na sua inauguração. Os participantes do samba na praça compareceram e, como protagonistas, contribuíram para o primeiro samba na unidade. A estrutura do Centro POP, que estabeleceu certas regras com a população em situação de rua, permitiu que a atividade fosse desenvolvida em outros parâmetros. Mas as regras também excluíam, pois para alguns se apresentavam como elevada exigência.

Sempre que qualquer expressão que pudesse se tornar violenta, era reprimida pela guarda civil metropolitana (presença constante na unidade). A oferta do lanche, do banho, entre outros serviços, sem prejuízos na realização da atividade, deixava tranquilo o ambiente, permitindo uma relação mais profunda de cuidado. Mas para os que sob efeito de substância psicoativa alteravam de forma significativa o comportamento, a regra era de entrada proibida.

Os frutos do trabalho

Com pouco tempo de ação, tanto na praça quanto no Centro POP, identificava-se um grupo significativo entre os participantes, que, mesmo em uso problemático de múltiplas drogas, organizavam-se para se fazer presente na atividade. Como diz Souza (2016, p. 37):

> a construção de 'pequenos futuros', seja este contado em horas ou dias e, depois, eventualmente, em semanas e meses, é o primeiro passo para a reconquista de algum sentido de

> agência ou de ação minimament autônoma no mundo.

E, quando faltavam, no retorno da semana seguinte, demonstravam como sentiram não ter participado da atividade. Pode-se dizer que a atividade conseguiu se mostrar promissora na construção de vínculos dos profissionais com os usuários. Arenari e Dutra (2016) observaram situações parecidas, em que os relativos sucessos estavam relacionados à eficácia na reconstrução da relação do sujeito com o "tempo" como uma estratégia para a ação, mesmo que em passos "curtos". De acordo com os autores, o mais singular nesse processo é que nem sempre essas instituições oferecem grandes trajetórias narrativas, valendo-se de uma considerável abstração diante dos dramas do cotidiano, mas, ao contrário, agem oferecendo pequenas abstrações ante as ações cotidianas, construindo, primeiramente, o que chamamos aqui de "pequenos futuros" (ARENARI; DUTRA, 2016, 205).

A atividade se valia de músicas que caracterizavam vários estilos musicais. Priorizou-se, a priori, a seleção de músicas de samba, mas sem uma preocupação maior se a letra promoveria momentos terapêuticos que levassem a reflexões sobre questões emocionais mais profundas. Apesar disso, outros estilos eram contemplados a partir de pedidos dos participantes, e tanto as músicas escolhidas pelos profissionais, como as escolhidas pelos usuários, às vezes geravam lembranças, sentimentos, emoções que exigiam atenção e cuidado.

Poucos foram os usuários que a partir da atividade se vincularam aos grupos realizados no CAPS. A distância do CAPS até a praça em que a atividade era realizada parece ter sido um dos elementos que dificultaram a ida e vinculação do atendimento na unidade. Mas parece haver outros elementos, já que a proximidade do Centro POP não apresentou um cenário tão diferente.

Com aqueles que demonstravam interesse no tratamento no CAPS e não conseguiam pactuar um projeto, a escuta deixa a suspeita de que parar de usar drogas com pouca perspectiva de saída da rua se apresentava como um contrassenso.

Na atividade se fazia redução de danos. Comparando o comportamento relacionado à droga que apresentavam durante a ação, como o que descreviam sobre o uso diário, pode-se afirmar que ocorria uma redução do uso no dia da atividade.

> A primeira tarefa daquele que pretende analisar o consumo de drogas e especificamente de crack, é relativizar a importância da própria substância. A pesquisa forneceu elementos que indicam que não há simplesmente uma relação de sujeição entre a pessoa e a substância, mas trajetória sinuosas, por vezes circulares, com períodos de consumo compulsivo, seguidos de tentativas de diminuição da dose, de autogestão (consumo apenas em determinados horários) e de abstinência. Tudo isso em meio à infinidade de desafios enfrentados por aqueles que moram na rua,

> sendo o consumo problemático de crack mais um deles (MAYORA, 2016, p. 141).

Concepções e contradições: uma pausa para reflexões

Entre essas duas experiências vividas na praça e no Centro POP foi necessária uma pausa para refletir principalmente sobre a adesão dos usuários ao tratamento no CAPS ou até mesmo se este é um dos objetivos deste trabalho.

Entretanto, acredita-se que o objetivo primário da experiência foi atingido: a oferta de lazer e cultura aos usuários em situação de rua. Indo além desse objetivo, os usuários eram esclarecidos e despertados ao autocuidado e instruídos onde procurar tratamento caso assim percebessem a necessidade. Ainda há muito estigma sobre o tratamento e falta de conhecimento quanto ao funcionamento de CAPS.

Há muitos usuários que enxergam os CAPS como algo que irá cercear sua liberdade do direito de ir e vir. O trabalho de esclarecimento do que é um CAPS pode levar a uma maior procura pelo tratamento.

Uma pausa para refletir sobre este trabalho fez-se necessária até mesmo por demandas da própria equipe, com o intuito de resgatar o objetivo primário do CAPS – produzir ações de base territorial – bem como traçar novas metas de maneira cada vez mais intersetorial e eficaz. Todo movimento de ação-reflexão e qualificação da nova ação que vem sendo

realizada compartilha da compreensão "de que o modo como as organizações enquadram e classificam os indivíduos é uma construção arbitrária, a qual, por mais que conte com a cumplicidade de tendências sociais e culturais mais amplamente difundidas, sempre pode ser substituída por formas alternativas 'equivalente funcionais' de lidar com o mesmo problema" (DUTRA; HENRIQUES, 2016, p. 327).

Processos de educação permanente são fundamentais para que serviços que lidam diariamente com estigmas sociais não se tornem, simplesmente, mais um espaço de reprodução desses estigmas, já que,

> mesmo quando a implementação das políticas públicas é bem-sucedida, o que efetivamente orienta as ações e decisões dos funcionários da ponta são concepções cognitivas e normativas informais desenvolvidas na relação entre funcionários e o público, especialmente formas de atribuição de qualidades relevantes para a conduta que os indivíduos devem desempenhar como condição ou parte integrante do acesso a determinados bens e serviços do Estado (DUTRA; HENRIQUES, 2016, p. 325).

Considerações finais

Apesar de que a todo o momento, quando se fala uso de álcool e outras drogas, o usuário de crack que se encontra em situação de rua, quase sempre, seja apresentado como

o caso mais grave, esse, poucas vezes, é observado como prioridade no atendimento do CAPS.

O CAPS analisado, desde o início, pensou o atendimento à população em situação de rua como prioridade, mesmo não tendo as condições objetivas de realizar muitas ações. Entretanto, os enfrentamentos das diversas concepções que se fazem presentes no cuidado relacionado ao álcool e outras drogas sempre fizeram parte da caminhada desse serviço, nas defesas internas que ocorrem na unidade, necessárias para construção das ações prioritárias, passando pelas articulações em nível de gestão, setorial intersetorial e com a sociedade civil organizada, até as reflexões com trabalhadores de outras unidade públicas, dos diversos setores, que são demandadas pela população em situação de rua.

É possível afirmar que o espaço construído pelas atividades observadas apresenta grande potencial motivador para o tratamento. A descontração do momento de lazer permite reflexões importantes que parecem impactar a vida das pessoas em situação de rua, no sentido de influir na construção de novos projetos de vida. Assim, "faz-se necessário ampliar as ações para possibilitar uma noção de futuro, auxiliando na construção da capacidade prospectiva" (SOUZA, 2016).

Há também a necessidade de pesquisar as várias experiências que vêm sendo desenvolvidas na rede pública de cuidado em saúde mental, visto que isso permite a análise dessas experiências e, consequentemente, a potencial replicação de resultados positivos em outros contextos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Carolina Paes de; MARCELLINO, Nelson Carvalho. Lazer, a Periferia da Metrópole e os Jovens. *Licere*, Belo Horizonte, v.14, n.2, 2011.

ARENARI, Brand; DUTRA, Roberto. A construção social da condição de pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático do crack. *In*: SOUZA, Jessé (org.). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.* 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CERVELLINI, Ana Paula Chizzolini. Reflexões sobre a utilização da música/musicoterapia no tratamento de dependentes químicos. *In*: FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 15., 2013, Curitiba. *Anais* [...]. Curitiba: Associação de Musicoterapia do Paraná, 2013. p. 1-13.

DUTRA, Roberto; HENRIQUES, Vanessa. O poder discricionário dos agentes institucionais que lidam com usuários de crack: invisibilidade de classe e estigma de gênero. *In*: SOUZA, Jessé (org.). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

LIMA, Andressa Lídicy Morais. A Miséria moral na ralé. *In*: SOUZA, Jessé (org.). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

MARX, Karl. Teses sobre Feuerbach. *In*: MARX, Karl. *A Ideologia Alemã*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007

MAYORA, Marcelo. O crack e a rua. *In*: SOUZA, Jessé (org.). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

MENDES, Célia Regina Pessanha; HORR, João Fillipe. Vivência nas ruas, dependência de drogas e projeto de vida: um relato de experiência no CAPS-ad. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 6, n. 1, p. 90–97, 2014.

MESSAS, Guilherme *et al.* Por uma psicopatosociologia das experiência dos usuários de drogas nas cracolândias/cenas de uso no Brasil. . *In*:

SOUZA, Jessé (org). *Crack e exclusão social.* Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré *et al.* Projeto terapêutico de usuários de crack e álcool atendidos no centro de atenção psicossocial. *Rev Rene*, Sobral, v. 16, n. 3, p. 434–441, 2015.

PASQUIM, Heitor Martins; SOARES, Cássia Baldini. Lazer, Saúde Coletiva e Consumo de Drogas. *Licere*, Belo Horizonte, v.18, n.2, 2015.

SOUZA, Jessé. A doença da humilhação. *In*: SOUZA, Jessé (org.). *Crack e exclusão social.* Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania/ Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

VOLCOV, Katerina; VASCONCELLOS, Maria da Penha. "Crack, é possível vencer" ou é preciso compreender: observações a partir de campanhas publicitárias do governo federal. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v. 4, n. 2, p.99–105, 2013.

6

Goiânia e Aparecida de Goiânia: a produção de cracolândias e a drogadição juvenil

Marcelo de Mello

Quem caminha por Goiânia e vai ao encontro dos monumentos localizados no centro da cidade depara-se com expressivas contradições. As próteses arquitetadas e erguidas no território, como símbolos de um progresso almejado nas décadas de 1930 e 1940, foram convertidas em abrigos para a população desamparada pelas estruturas do Estado.

Os monumentos projetados para representar os sentimentos de esperança, em uma população oprimida pela oligarquia goiana, passaram a abrigar crianças, homens e mulheres que aspiram, somente, à chegada do dia seguinte,

no transcurso de noites repletas de intempéries climáticas e violências de toda ordem.

A ideia de progresso não se faz presente na vida de cidadãos que só encontram abrigos nas lajes de monumentos tombados pelas autoridades competentes. Se eles possuíssem uma agenda de registro de seu cotidiano, a lista de ocorrências traria relatos de agressões, opressões e omissões.

No livro *Memórias*, de Pedro Ludovico Teixeira (1973, p. 80), o estado de atraso presente em Goiás, na década de 1930, foi atribuído:

> ao fato de nele ainda não ter podido surgir um centro urbano com todos os elementos necessários para se expandir e estimular as múltiplas atividades que caracterizam a vida econômica e social da um povo.

O discurso do interventor relacionou o estado de atraso, que caracterizava o cenário econômico goiano de sua época, com a ausência de um espaço urbano capaz de promover a pavimentação de caminhos condutores a um estado progresso almejado. Mais de oito décadas após o discurso proferido por Ludovico, não identificamos a ausência por ele destacada. Pelo contrário, em Goiás, realidades metropolitanas são facilmente identificadas. Contudo, estes espaços não apresentam unicamente as realidades progressistas presentes na fala do chefe do poder executivo estadual dos anos de 1930. As cidades que deveriam abrir caminhos para a "chegada" do progresso passaram a evidenciar a

presença de um contingente expressivo de marginalizados pelo movimento modernizador, que deveria conduzir todos a uma condição de livramento das mazelas sociais.

A discrepância entre a realidade urbana idealizada e a produzida é evidenciada, por exemplo, por expressivos déficits habitacionais e escolares, que adquiriram feições e foram corporificados sob a forma de cidadãos segregados que passaram a habitar os espaços tradicionais de uma cidade estrategicamente planejada: espaços inseridos em processos de depreciação de seu valor de mercado.

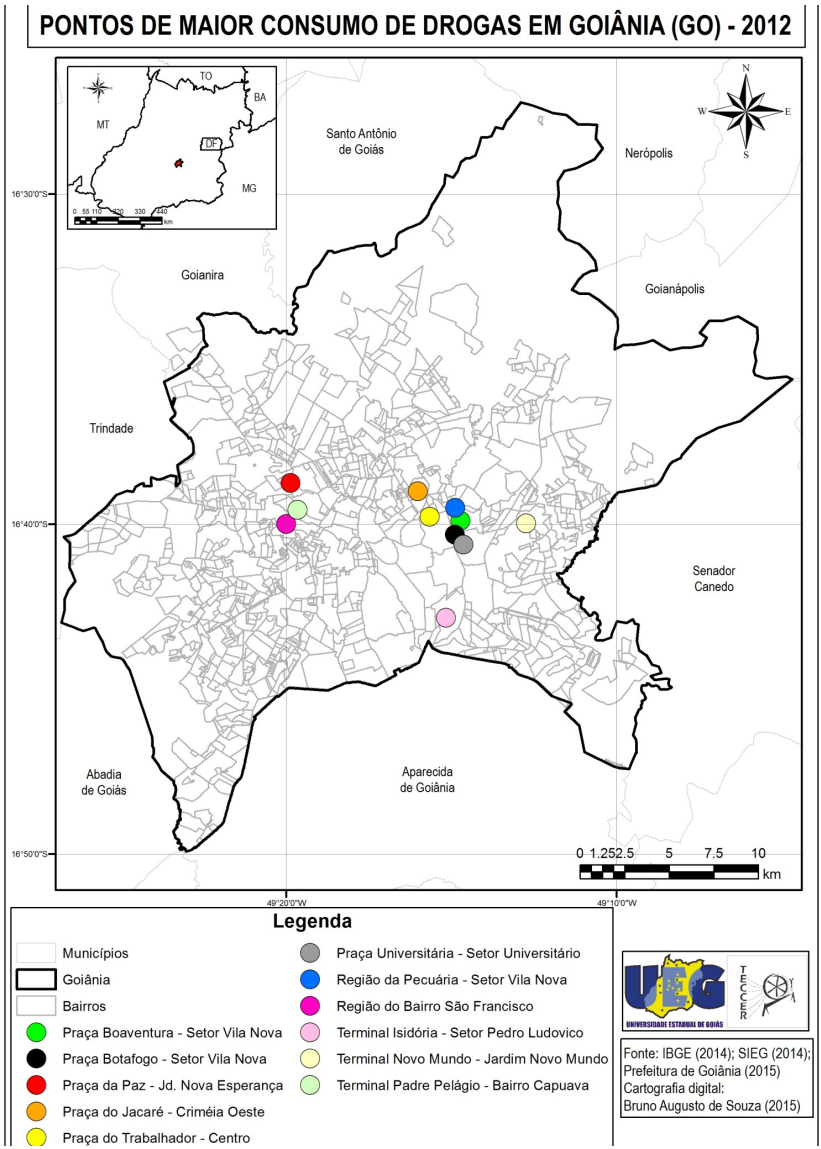
Em um movimento de redefinição valorativa, novos espaços receberam serviços e equipamentos públicos que elevaram o preço de seu solo, em um movimento de valorização diferencial do solo urbano. Na análise deste processo, deve ser destacado que tal valorização diferencial não é produto de ações espontâneas, mas de articulações engendradas por sujeitos movidos por interesses específicos. Eles se associam para reproduzir capital a partir da comercialização do solo urbano. Como o Estado participa do processo, bairros tradicionais são "esquecidos", enquanto os investimentos públicos são concentrados em novas áreas privilegiadas pela especulação imobiliária.

Neste movimento, um processo segregador tem convertido espaços de valor histórico expressivo em "guetos" destinados aos pobres da cidade. A memória cedeu lugar a novos conceitos qualificadores de empreendimentos imobiliários. Conceitos marcados pela curta duração direcionam

os investimentos realizados por agentes públicos, numa associação em que o público é corrompido pelo privado. E, num ciclo ininterrupto, novos conceitos são criados para a promoção de uma continuidade na exploração predatória do solo urbano, em detrimento das demandas por investimentos que garantam uma qualidade de vida mínima a todos os habitantes de cidades marcadas por diversidades.

No curso deste processo, cracolândias brotaram em cidades como Goiânia. Em 2012, um levantamento da Polícia Civil do estado de Goiás contabilizou a existência de 11 cracolâncias na cidade:

Mapa 1 – Pontos de maior consumo de drogas em Goiânia (GO) – 2012



Fonte: IBGE (2014); SIEG (2014); Prefeitura de Goiânia (2015). Cartografia digital: Bruno Augusto de Souza (2015).

Certamente, uma atualização se faz necessária para a verificação do aumento do quantitativo de cracolâncias em Goiânia. Mas as listadas em 2012 mantêm, em 2017, as características que as inseriram na relação da Polícia Civil. A substancial alteração percebida nos espaços de consumo de drogas é revelada pela expansão da área de influência do crack nos pontos indicados. Como exemplo, podemos citar a Praça do Trabalhador, no centro da cidade: ruas foram incorporadas e passaram a compor uma "teia" que gravita em torno das relações centradas na Praça. Esta nova configuração é denunciada de maneira frequente pelos veículos de comunicação.

Uma pesquisa do Conselho Nacional de Segurança Pública (CONASP, 2012) contabilizou 300 mil usuários de drogas em Goiás, sendo que 50 mil eram consumidores de crack. Segundo a pesquisa, a maior parte dos consumidores de crack reside na capital do estado. Após cinco anos da divulgação dos resultados uma atualização desse quantitativo é necessária. Contudo, a expansão das cracolâncias indica um expressivo aumento no número de consumidores de drogas.

Outra demanda imprescindível é a superação do mito que apresenta o crack como droga consumida somente pelos moradores de rua. O site do Ministério da Justiça adverte:

> O crack foi considerado inicialmente uma droga "de rua". Por ser barata e inibir a fome, muitos moradores de rua e pessoas em situação de miséria recorrem à droga como medida paliativa. O contexto social do usuário

> também é um fator agravante – é mais comum uma pessoa se tornar usuária de crack quando o meio social facilita o acesso. Apesar disso, hoje o crack atinge todas as camadas sociais. (BRASIL, 2012).

Mas são as ruas que explicitam como o consumo de crack avança por sobre cidadãos em situação de abandono social. A ausência de políticas públicas que combatam um estado de vulnerabilidade social, em franca expansão, tem oferecido a matéria-prima para uma equivocada polarização, que reduz as possibilidades de entendimento das mazelas que afetam o espaço urbano.

Um sentimento de medo, alimentado pelas cracolândias, criou o ambiente propício para a multiplicação de empreendimentos imobiliários marcados por discursos de uma segurança seletiva. Os aparatos de segurança, em conjunto com garantias de restrição de acesso, justificam produtos imobiliários com valores elevados.

Assim, cidades como Goiânia experimentam a expansão de realidades discrepantes: de um lado, cracolândias; de outro, condomínios caracterizados por elevados padrões de segurança. Apesar de apresentarem uma flagrante distinção estética, os dois produtos urbanos revelam vínculos não percebidos por cidadãos aterrorizados por um volume de informações midiáticas estarrecedoras, que exaltam o crime e conclamam a respostas individualizadas. Como pergunta básica: como se proteger da “escalada da violência”? Como

resposta esperada: através da compra de produtos imobiliários em empreendimentos “fechados”!

Mas as cracolândias e as outras realidades marginalizadas não são espaços hermeticamente fechados. Suas existências vão além de fronteiras traçadas por percepções equivocadas. Elas alimentam e são alimentadas por uma série de elementos negados por discursos seletivos. Por esta razão, as contradições territorializadas em Goiânia solicitam uma profunda renovação dos critérios utilizados para a superação das discrepâncias solapadoras do sentimento de esperança que justificou sua edificação.

O conceito e a realidade

O movimento progressivamente acelerado de produção de conceitos – associados a imagens – apresenta sempre elementos em dissolução. A obsolescência, apresentada por Harvey (1992), se materializa diante dos olhos dos moradores de cidades tomadas pela renovação de mercadorias urbanas. O que “permanece” é o território. Ele é capaz de revelar uma simultaneidade de tempos desiguais, de valores desiguais, de homens distintos com histórias próprias. Nele estão registrados os processos, os períodos e as relações do homem com a natureza: relações mediadas pela técnica empregada no trabalho.

A dimensão histórica do território não pode ser dissolvida. Existem limites para a superação das densas realidades

urbanas edificadas ao longo de décadas. Os custos para a materialização de uma nova realidade sobre velhos lugares desafiam os agentes econômicos, que, muitas vezes, preferem explorar lugares em que o custo para uma "repaginação" se apresente menor.

Este movimento faz com que espaços tradicionais sejam esquecidos. As atenções do mercado, e da sociedade por ele comandada, se voltam para novos lugares. Por meio da articulação de agentes públicos e privados lugares-conceitos são criados. Não por acaso, o valor do solo urbano dos lugares-conceitos são multiplicados. Na contramão deste movimento, os lugares tradicionais das cidades brasileiras, entre elas Goiânia, são marcados pelo abandono por parte dos agentes públicos.

Neste contexto, temos a produção de lugares binários forjados sob o fogo do preconceito: de um lado, lugares em que a virtude se faz presente são produzidos e divulgados; de outro, lugares obsoletos em que cidadãos de segunda classe se estabelecem são consolidados. É como se tudo ocorresse de maneira natural! Contudo, por mais que as virtualidades estejam a cada dia mais evidenciadas, não é possível sobrepujar a dimensão concreta da realidade reproduzida por uma história territorializada.

Nem mesmo os shoppings estão além das fronteiras da realidade. Nos últimos anos eles têm estado nas manchetes de jornais que narram os assaltos a joalherias neles instaladas; bem como as adversidades representadas, por exemplo, pelos

rolezinhos que percorrem as ruas destes simulacros. Assim, devemos perceber que os conceitos devem representar as realidades. Eles não têm a capacidade de superá-las!

Nesta perspectiva, o território traz consigo ameaças aos detentores do poder, o que nos remete a uma questão destacada por Foucault (2006): o poder não está em um lugar, ele se funda num alicerce móvel que induz, a todo instante, a transformações imprevisíveis. Desta forma, por mais que se busque a desconstrução de uma história a partir de reconceitualizações, o território sempre indica que o "lugar redefinido" não pode ser esvaziado, preenchido e isolado de maneira absoluta. Existem migrações de valores e significados reveladores de uma fluidez territorial que não pode ser prevista por nenhum agente. Nenhum instrumento, nenhuma ferramenta pode antever – em sua totalidade – a dinâmica inerente à vida incessantemente territorializada no interior de relações profundamente densas, caracterizadas pela mobilidade: o homem é um ser em movimento, que carrega valores e juízos incontidos.

Nem se quer a imensa gama de paisagens virtualizadas, que saturam os lugares-conceitos, é capaz impedir o ingresso de elementos atrelados a modo de vidas classificados como temerários. Estes são propalados pelos homens em seus movimentos. É como se um "pecado original" ameaçasse os projetos ditados pelos agentes hegemonicamente posicionados. A permanência de uma história territorialmente insolúvel promove uma conjunção entre os novos conceitos

artificializados e as tradições renovadas. Neste contexto, um mundo híbrido, reproduzido em uma velocidade produtora de vertigens, promove uma esquizofrenia urbana (SANTOS, 2004). Neste ponto, algumas indagações podem ser elaboradas:

- Em que medida esta esquizofrenia pode ser vinculada à impossibilidade de um encontro existencialmente referenciado em um mundo produtor de obsolescências precoces?
- Como romper com o processo de alienação promovido pela velocidade frenética de um sistema massificador?

Em Goiânia, homens concretos circulam pela cidade. Reproduzem e são reproduzidos numa conjugação de territórios, técnicas e trabalhos; com vistas à manutenção de suas existências em distintas perspectivas. Eles percebem as realidades representadas: realidades fugidias e etéreas; densas e espessas se mesclam, compondo paisagens conflitantes. A cidade-capital serviu para integrar e desintegrar regiões, pessoas e conceitos. Uma Geografia plural é atualizada em Goiânia incessantemente. Cabe-nos uma calibração geográfica dos "olhos", com vistas a uma apreensão heterotópica do território do conhecimento e do conhecimento do território: só ela pode nos emancipar!

Quando consideramos que Goiânia adquiriu uma dimensão metropolitana, a complexidade da questão abordada aumenta de maneira substantiva. Se neste universo

metropolitano lançarmos nosso olhar investigativo em direção aos jovens, certamente seremos surpreendidos por uma densa realidade em permanente processo de mutação. É o que veremos a seguir.

A drogadição juvenil em Aparecida de Goiânia: corpos e cidades em (des)encontros

No mundo hodierno, as relações travadas entre corpos, espaços e cidades têm ocupado lugar de destaque nas ciências humanas e na filosofia. Renomados pesquisadores apresentam análises centradas nestes densos conceitos (FOUCAULT, 1997; SANTOS, 2000; HARVEY, 2004; GUATTARI, 1992; SOJA, 1993). Este artigo é produto de reflexões balizadas na conjunção destes três elementos conceituais com outros dois que, mais recentemente, adquiriram importância nos debates acadêmicos: o jovem e a drogadição.

Assim, o presente texto é um lugar de encontro entre corpos, espaços, cidades, jovens e a questão da drogadição. Um encontro motivado pela leitura de um livro de Guattari (1992), que privilegia os três primeiros elementos aqui destacados. A inserção dos jovens e da drogadição está associada a uma pesquisa em andamento centrada no enfretamento ao álcool, crack e outras drogas em Aparecida de Goiânia/GO, desenvolvida por meio de uma parceria entre a Universidade Estadual de Goiás e o Ministério da Justiça.

Como a cidade analisada integra a Região Metropolitana de Goiânia, a questão da metropolização está presente em nossas argumentações, pois seu entendimento é fundamental quando se investigam os processos sociais delineadores das formas espaciais (HARVEY, 1980) analisadas na pesquisa em curso. É esta perspectiva que fez com que o vocábulo "cidades", presente no título, fosse grafado no plural: analisamos algumas aproximações e distanciamentos que marcam a relação travada entre Goiânia e Aparecida de Goiânia.

É importante evidenciar que este artigo tem como marca a busca por um entendimento inicial de cenários profundamente complexos e dinâmicos. Por esta razão, ele é mais um exercício analítico, em andamento, do que um produto elaborado para o oferecimento de respostas.

As cidades e as relações

Pensar as relações travadas na cidade convida ao exame de incontáveis possibilidades presentes em um mundo marcado por produções subjetivas das mais distintas naturezas. Os corpos presentes em ambientes metropolitanos, por exemplo, estabelecem diálogos com máquinas enunciadoras que não se fazem presentes em cidades pequenas e médias. Podemos considerar, ainda, que uma metrópole oferece equipamentos e serviços públicos e privados não identificados em cidades por ela polarizadas.

Na mesma medida, os jovens – mergulhados em universos com linguagens e cenários próprios – não respondem aos estímulos presentes em um mundo plural da mesma forma que os adultos ou os idosos. Se considerarmos questões ainda mais específicas e decantar realidades juvenis a partir das diversidades de renda, credo e etnia; fatalmente encontraremos universos juvenis expressivamente distintos, produzidos em contextos com subjetividades próprias.

A análise das particularidades elencadas no parágrafo anterior evidencia que as máquinas enunciadoras são apreendidas a partir de perspectivas semanticamente distintas. Assim, investigar um universo metropolitano pode ser comparado a mergulhar em um ambiente no qual os jovens estão visceralmente ligados a manifestações subjetivas, marcadas por diversidades em que rupturas e permanências constituem realidades caracterizadas por processos ininterruptos de mudanças.

Ao analisar o caso concreto de Aparecida de Goiânia, percebemos a presença destacada de inúmeras rupturas. Dentre tantas, uma será aqui ressaltada: trata-se de um município fundado em 1922, a partir da doação de terras por parte de fazendeiros à Igreja Católica, com vistas à criação de um núcleo urbano direcionado ao atendimento das demandas de uma estrutura oligárquica balizada na tradição e no universo rural. Foi a partir da associação entre ruralistas e Igreja que inúmeras cidades foram fundadas em Goiás e no Brasil, em um processo de produção de núcleos urbanos

voltados para sustentar a estrutura oligárquica vigente. Em Goiás, este cenário começa a ser alterado com o movimento de transferência da capital estadual da cidade de Vila Boa para uma nova sede administrativa, edificada nas décadas de 1930 e 1940, nas proximidades de Aparecida de Goiás, atual Aparecida de Goiânia .

A transferência da capital estadual produziu profundas alterações na estrutura de Aparecida de Goiás. O território do novo núcleo urbano foi incorporado por Goiânia. A partir de então, Aparecida de Goiás passou a ser polarizada pela nova capital estadual. Naquele momento, um discurso modernizador era difundido pelos ventos da Revolução de 1930. Pedro Ludovico Teixeira, o interventor nomeado por Getúlio Vargas para governar o estado de Goiás, materializou o discurso em que o novo deveria suplantar a tradição a partir da edificação da nova cidade-capital goiana.

Assim, uma cidade fundada para atender às demandas oligárquicas foi tomada pelo avanço das forças modernizadoras de um capitalismo sedento por integrar o sertão ao litoral, com vistas à implantação de um sistema produtivo urbanizador/industrializador em escala nacional. Decorridas poucas décadas, Aparecida de Goiânia passou a ser envolvida por um processo de metropolização, que avançou por sobre crianças, jovens e adultos mergulhados em um ambiente em transformação, no qual a solidez da tradição rural recuou frente às obsolescências produzidas em espaços metropolitanos.

O jovem e o universo metropolitano

Uma análise criteriosa das relações travadas entre os jovens, no contexto de uma realidade metropolitana relativamente nova, insere o investigador em ambientes marcados pela mudança. Isto é evidenciado quando verificamos a intensa produção de máquinas enunciadoras polifônicas na cidade dragada pela força do processo de metropolização centrado em Goiânia.

Uma infinidade de imagens e sons passou a compor o território aparecidense. Seus jovens tornaram-se, simultaneamente, continente e conteúdo de cenários plurais, caracterizados pela presença de out doors, fachadas luminosas de estabelecimentos comerciais, carros ruidosos com músicas no "último volume", roupas e acessórios, tatuagens, dentre outras expressões sistematicamente renovadas. Tais cenários revelam a condição de "megamáquina enunciadora" (GUATTARI, 1992) assumida pela cidade. Nela são propagadas fartamente ideias, ideais e ideologias de diferentes matizes em alta velocidade.

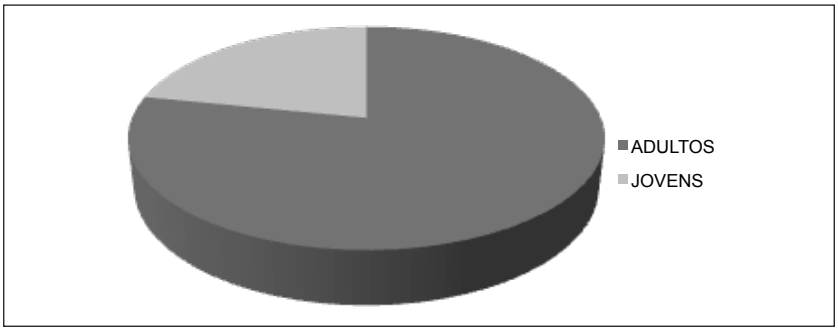
Em Aparecida de Goiânia, a saudosa Praça da Igreja não é mais o centro gravitacional de relações longevas. Na atualidade, as relações mais densas manifestadas em Aparecida de Goiânia ocorrem às margens da Avenida Rio Verde: uma das vias convertidas em divisa que separa os territórios de Aparecida de Goiânia e Goiânia.

Quando analisamos as relações estabelecidas entre os jovens e destes com as cidades, este fato apresenta um peso ainda maior. Na divisa político-territorial dos entes federativos analisados, existe a maior densidade instalada de máquinas enunciadoras: shoppings, hospitais, faculdades, concessionárias de veículos, hipermercados, terminal de ônibus, dentre outros. Uma quantidade significativa de jovens gravita em torno destes empreendimentos, marcados pelo poder simbólico de suas capacidades atrativas.

Contudo, um equipamento com serviços públicos passa despercebido, mesmo estando a poucos metros da Avenida Rio Verde: trata-se de uma "Unidade" de Saúde Mental direcionada ao enfrentamento dos problemas ocasionados pelo consumo de álcool, crack e outras drogas.

Na referida Unidade de Saúde, são atendidos jovens e adultos. Dados obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia revelam que 22% dos cidadãos atendidos, entre 2011 e 2015, eram jovens com idade compreendida entre os 18 e 24 anos (Figura 1).

Figura 1 – Proporção de jovens e adultos atendidos pelo CAPS ADIII de 2011 a 2015



Fonte: Secretária Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia, 2016.

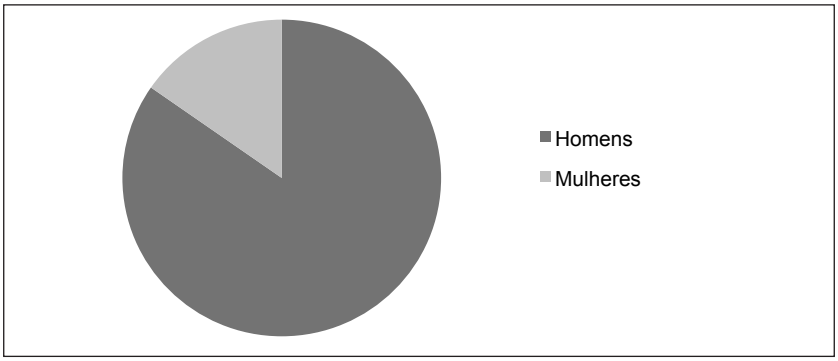
Assim, uma pequena parcela dos jovens que frequentam estabelecimentos públicos e privados situados às margens da Av. Rio Verde buscam tratamento especializado para o enfrentamento da questão da drogadição. Ao contrário de outros estabelecimentos situados nas proximidades da destacada avenida, a Unidade de Saúde – CAPS ADIII – não possui uma fachada luminosa e colorida. Na realidade, o CAPS ADIII não apresenta nenhum elemento de divulgação visual que o evidencie. As pessoas podem passar várias vezes diante da Unidade de Saúde e não identificá-la, mesmo com o endereço em mãos (Figura 2).

Figura 2 – Foto da faixada do CAPS ADIII em Aparecida de Goiânia

Foto: Romênia de Sousa, 2016.

Em um contexto de complexos cenários urbanos marcados pela presença de empreendimentos que clamam por evidência, um serviço público passa despercebido, a despeito de sua relevância social. No interior deste Centro de Atenção Psicossocial, a maior parte dos jovens atendidos é do sexo masculino – 85% –, conforme expresso na Figura 3:

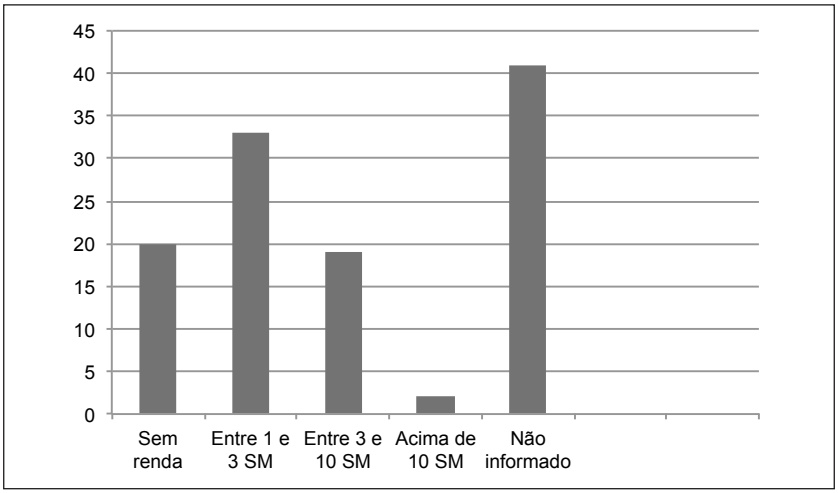
Figura 3 – Proporção de homens e mulheres atendidos pelo CAPS ADIII de 2011 a 2015



Fonte: Secretária Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia (2016).

Para qualificar de maneira detalhada a realidade socioeconômica do jovem atendido, recorremos à renda familiar. Entre os que informaram a renda na ficha de acolhimento, 46% estão situados entre as faixas dos sem rendimento e 3 salários mínimos; 19% têm rendimento entre 3 e 10 salários mínimos e 2% indicaram rendimento mensal acima de 10 salários mínimos, como demonstra a Figura 4.

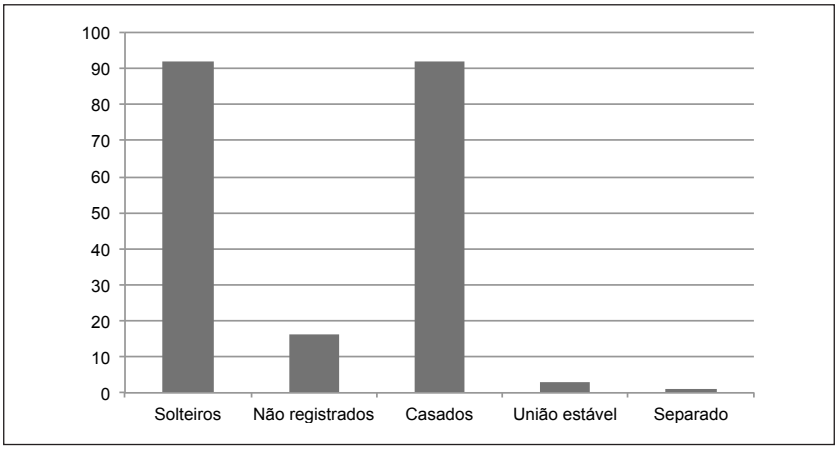
Figura 4 – Renda familiar mensal dos atendidos pelo CAPS ADIII de 2011 a 2015



Fonte: Secretária Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia (2016).

No quesito estado civil, existe um equilíbrio entre o quantitativo de jovens atendidos solteiros e casados. Esses dois segmentos compõem 90% dos prontuários, divididos de maneira equânime; ou seja, 45% para cada um. As uniões estáveis e os separados/divorciados representam uma minoria, como revela a Figura 5.

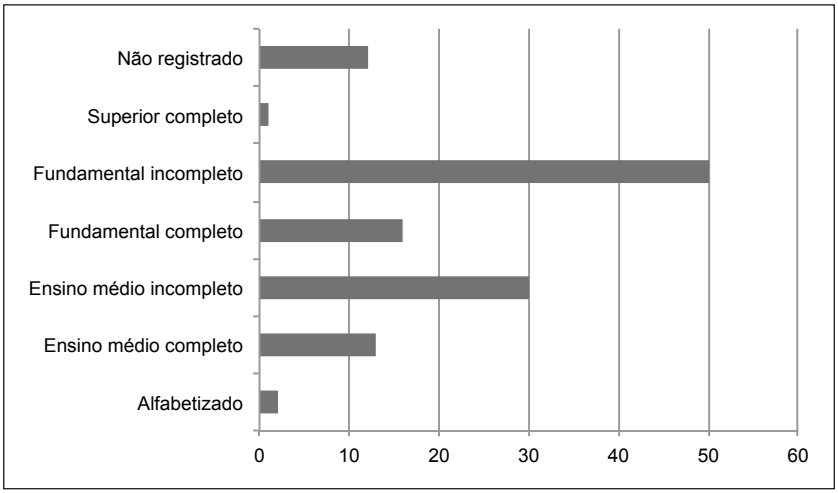
Figura 5 – Estado civil dos atendidos pelo CAPS ADIII de 2011 a 2015



Fonte: Secretária Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia (2016).

Os dados relativos ao nível de escolaridade denunciam o estado de vulnerabilidade social dos jovens atendidos pelo CAPS ADIII: 40% possuem somente o ensino fundamental incompleto, 13% ensino fundamental completo. Apenas 10% têm ensino médio completo, conforme a Figura 6.

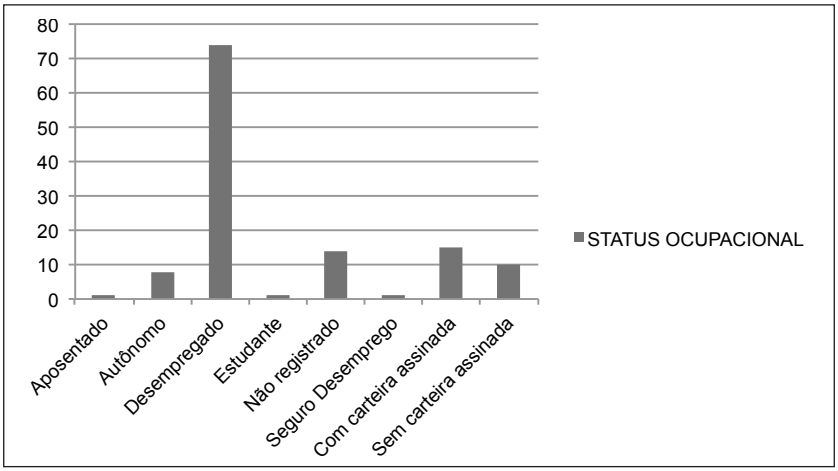
Figura 6 – Nível de escolaridade dos atendidos pelo CAPS ADIII de 2011 a 2015



Fonte: Secretária Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia (2016).

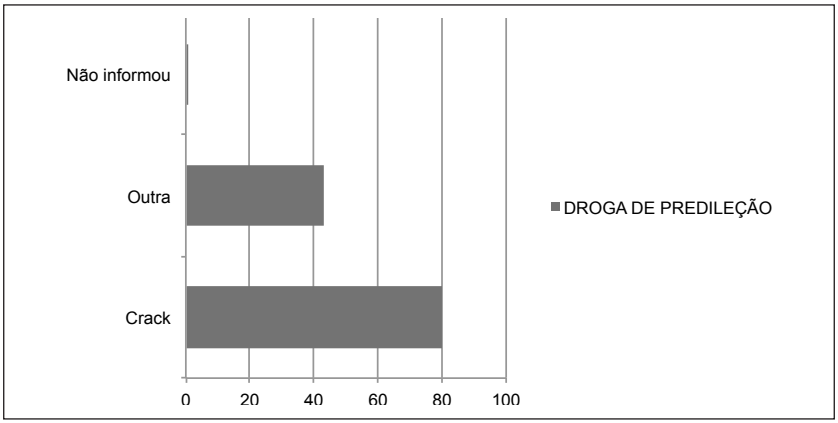
Como os atendidos têm 18 anos ou mais, fica constatada uma defasagem escolar presente na vida desses jovens. Em relação ao status ocupacional (Figura 7), o número de desempregados predomina com um contingente de 60% dos jovens. Os trabalhadores com carteira assinada compõem somente 12% dos atendidos e os que trabalham sem carteira assinada são representados por 8% deste segmento social atendido pelo CAPS ADIII. Com relação à droga de predileção, o crack aparece de maneira destacada, sendo a mais consumida por 65% dos atendidos (Figura 8).

Figura 7 – Status ocupacional dos atendidos pelo CAPS ADIII de 2011 a 2015



Fonte: Secretária Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia (2016).

Figura 8 – Droga de predileção dos atendidos pelo CAPS ADIII de 2011 a 2015



Fonte: Secretária Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia (2016).

Na atualidade, a predileção pelo crack não produz espanto. Essa droga, propagada pelo custo reduzido, se difundiu pelos espaços mais distintos. E, ao contrário do que se pensa, o crack não é consumido só pela população de baixa renda. Ele avançou para um espectro social e econômico amplo.

Considerações finais

A análise dos dados apresentados indica que a expressiva maioria dos jovens atendidos pelo CAPS ADIII representa uma realidade em que as relações travadas entre os corpos, os espaços e as cidades desafiam a racionalidade instrumental balizadora do discurso modernizador de Pedro Ludovico Teixeira. A nova capital estadual, certamente, redefiniu relações urbanas. Aparecida de Goiânia comprova essa assertiva: guardadas as devidas proporções, o caos anunciado por Guattari (1992, p. 159) pode ser percebido através da "asfixia ecológica e demográfica que parece insuperável". Em um ambiente institucional em que a crise é o elemento mais evidenciado, de onde virão os recursos financeiros necessários a redefinição da realidade caótica apresentada?

Em Aparecida de Goiânia, o rápido espraiamento urbano produzido por meio de ações especulativas indica que vigora a busca por um lucro que desconsidera as consequências sociais de ações territorializadas marcadas por uma perversividade sistêmica (SANTOS, 2000). Uma infinidade de bairros caracterizados por lotes vagos predomina nas paisagens

urbanas aparecidenses, indicando a presença de uma forte especulação imobiliária.

Para dimensionar o processo de parcelamento do solo de Aparecida de Goiânia, destacamos que, em 1963, cerca de 1.670 famílias residiam no município. Naquele momento, havia mais de 15.000 lotes urbanos. Na década de 1980, os números sobem para 9.700 famílias e 171.000 lotes. E, no curso de um aumento discrepante, a década de 1990 apresentou 39.800 famílias residentes e 225.000 lotes urbanos (PEMAS, 2002).

Nos mais de duzentos bairros abertos de maneira precária, corpos percorrem vias destituídas de iluminação pública bem antes do nascer do sol. Corpos que desafiam o medo provocado pelos elevados índices de violência urbana buscam pontos de ônibus localizados, muitas vezes, distantes de seus domicílios. Isso porque o espaço da cidade não indica uma inspiração fundada em uma geometria simetricamente referenciada. Na realidade, quase tudo é assimétrico e de difícil avaliação. Certamente, a distribuição das linhas de ônibus pelo território aparecidense atende mais aos interesses dos empresários do setor do que às demandas da população.

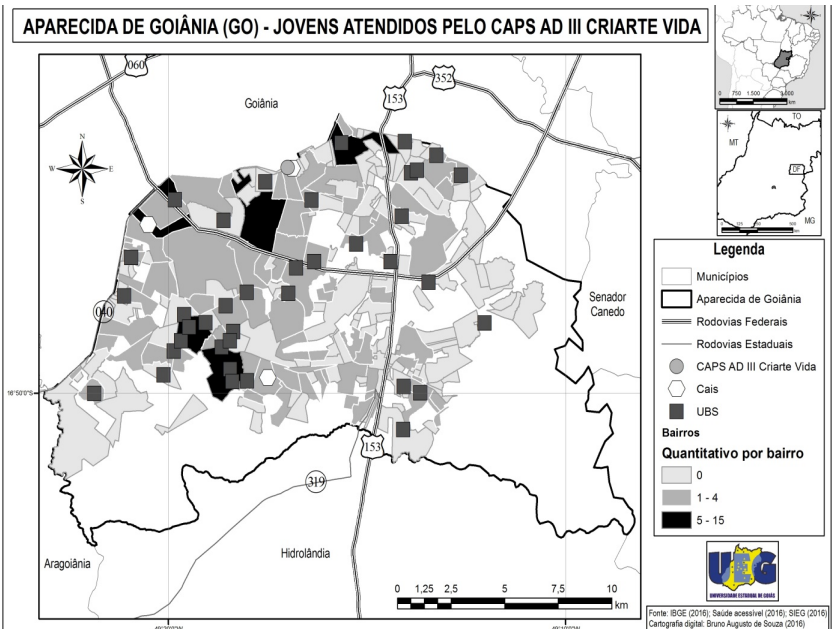
Nas escolas de ensino médio da rede estadual, o final das aulas destinadas à população juvenil não ocorre na hora determinada. É comum o encerramento precoce das aulas devido à falta de professores das mais diversas disciplinas. Da mesma forma, a ausência de vagas nas creches compõem, ano após ano, as pautas dos jornais escritos e falados nos períodos de início das matrículas e das aulas. É como se o

noticiário avançasse no tempo sem que nenhuma alteração fosse sentida. Assim, bairros habitados por milhares de pessoas não possuem creches públicas em funcionamento.

Alguns dados indicam a maior vulnerabilidade do jovem residente em Aparecida de Goiânia, quando comparado ao jovem residente em Goiânia. Segundo o Censo do IBGE (2000), 2,1% dos jovens – com idade compatível a considerada nesta pesquisa – de Aparecida de Goiânia nunca frequentaram a escola; em Goiânia, o quantitativo de jovens nesta condição é de 1,1%. O índice de jovens com 11 a 14 anos de estudo, em Aparecida de Goiânia, é menor do que o da capital goiana, sendo, respectivamente, 20,1% e 36,9%. Em 2010, 3,8% dos jovens de Aparecida de Goiânia tinham curso superior completo; enquanto em Goiânia 8,2% destes jovens estavam na mesma situação (IBGE, 2010a, 2010b).

Os dados evidenciam a maior escolaridade da população jovem de Goiânia, quando comparada à de Aparecida de Goiânia. Uma menor escolaridade indica maior vulnerabilidade social. Apesar disso, a localização da Unidade de Saúde dedicada ao enfrentamento do álcool, crack e outras drogas, de Aparecida de Goiânia, está mais próxima das dinâmicas manifestadas no território da capital estadual (Figura 9).

Figura 9 – Localização das Unidades de Saúde e dos domicílios dos jovens atendidos pelo CAPS ADIII de 2011 a 2015



Fonte: IBGE (2016); Saúde acessível (2016); SIEG (2016). Cartografia digital: Bruno Augusto de Souza (2016).

Na realidade, o CAPS ADIII está mais próximo da população de renda mais elevada de Aparecida de Goiânia. Dados do IBGE (2010a, 2010b) revelam que os domicílios mais próximos da Av. Rio Verde têm os maiores rendimentos da cidade. Desta forma, a população com menor renda tem mais dificuldade em acessar os serviços oferecidos pela Unidade de Saúde. Devemos ressaltar que se trata de uma população juvenil, com capacidade de discernimento afetada pelo consumo de drogas como o Crack.

Além da capacidade de discernimento, as dificuldades de deslocamentos pela cidade, por meio do transporte coletivo, é outro empecilho. Por mais que haja um terminal de ônibus próximo da Unidade de Saúde, o espraiamento urbano característico de Aparecida de Goiânia, somado à precariedade do transporte coletivo oferecido, compromete a vontade mesmo das pessoas em situação de normalidade de sua saúde física e mental.

Assim, os corpos juvenis têm dificuldade de se movimentar pela cidade e ir ao encontro da assistência necessária. Deve ser enfatizado que a adesão ao tratamento oferecido pelo CAPS ADIII ocorre quando uma série de eventos conflituosos, nos lares e fora deles, ocorreram. Tais conflitos solapam as relações de "afeto" presentes nos lares. Muitas vezes, os jovens que demandam atendimento estão entregues à própria sorte.

Nos deslocamentos dos corpos juvenis pela cidade de Aparecida de Goiânia, nem todos os caminhos são marcados por luzes de máquinas enunciadoras que, simultaneamente, clareiam e cegam. Alguns corpos percorrem caminhos que trazem consigo outras enunciações: são enunciados opacos que evidenciam os desejos contidos nos ditames das políticas economicistas, que, por meio de sistemas técnicos, impõem totalitariamente o fim das cidades subjetivas, produzidas pelas relações travadas entre corpos, espaços e cidades.

REFERÊNCIAS

APARECIDA DE GOIÂNIA. *Plano Estratégico Municipal para Assentamentos Subnormais – PEMAS*. Aparecida de Goiânia, 2002.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Justiça. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.justica.gov.br/suaprotecao/politicassobrdrogas/programa-crack-1/a-droga. Acesso em: 10 out. 2016.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir.* Petrópolis: Vozes 1997.

GUATTARI, Felix. *Caosmose*: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

HARVEY, David. *Justiça social e cidade*. São Paulo: Hucitec, 1980.

HARVEY, David. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1992.

HARVEY, David. *Espaços de esperança*. São Paulo: Loyola, 2004.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *População do Estado de Goiás – Censo Demográfico de 2010 – Estados*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=go&tema=resultuniverso_censo2010. Acesso em : 12 dez.2014.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *SIDRA – Censos demográficos de 2000 e 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2000cgp.asp?o=27&i=P. Acesso em: 13 nov. 2014.

LEFEBVRE. Henry. *O direito à cidade*. São Paulo: Moraes, 1991.

SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização*: do pensamento único a consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SANTOS, Milton. *Natureza do espaço*: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Edusp, 2004.

SOJA, Edward. *Geografias pós-modernas*: a reafirmação do espaço na teoria social crítica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

TEIXEIRA, Pedro Ludovico. *Memórias*. Goiânia: Cultura Goiana, 1973.

7

Potencialidades de um Centro Regional de Referência em álcool e outras drogas com o uso de metodologias ativas

Adriele Cristina
Paula Cândida da Silva Dias
Carolina F. Sartori de Oliveira
Mayk da Gloria Machado
Marcia Landini Totugui
Erika de Sene Moreira
Fernanda Costa Nunes
Ana Caroline G. Cavalcante
Sabrina Dias Fonseca
Wesley de Assis
Decio Castro Alves
Polyana Messias
Regilene Conceição Moreira

Nas últimas décadas, a questão do uso, abuso e dependência de drogas vem crescendo consideravelmente em nossa sociedade. Segundo dados divulgados pelo Relatório Mundial sobre Drogas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), em 2015 cerca de 5% da população mundial, entre 15 e 64 anos, usaram drogas ilícitas, o que corresponde a uma média de 243 milhões de pessoas (UNODC, 2015).

Estatísticas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério de Justiça e Segurança Pública (SENAD/MJSP) apontam a dimensão do impacto negativo do consumo indevido de drogas sobre a sociedade, com a geração de altos custos sociais e econômicos, demandando a implementação de políticas abrangentes, descentralizadas e integrais que visem à sua redução e ao cuidado adequado à população (BRASIL, 2009). Dentre as estratégias de qualificação do cuidado aos usuários de drogas e minimização dos impactos sociais, destacam-se os programas de formação permanente sobre prevenção, tratamento e reinserção (BRASIL, 2009).

As pessoas em estado de sofrimento psíquico e social decorrente do uso prejudicial de álcool e outras drogas têm necessidades diferentes. Daí ser imprescindível uma rede de cuidado que oferte caminhos diferenciados para lidar com as diversas formas de vulnerabilidades trazidas pelo sujeito. O consumo de drogas deve ser tratado de forma intersetorial pelas políticas públicas, com ações articuladas dos serviços de atenção aos usuários e seus familiares.

Os programas de qualificação não devem ser restritos a equipes ou instituições de saúde, pois a atenção e o cuidado devem ser de forma integral às necessidades das pessoas, grupos e coletividade, sendo o usuário percebido como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (MACHADO *et al.*, 2007).

É evidente a relevância de articular as ações de educação e formação como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia para o cuidar de si, da família e do seu entorno. Assim, é possível superar o modelo praticado de forma fragmentada e desarticulada que resulta no descontentamento dos usuários (MACHADO *et al.*, 2007) e na descontinuidade do cuidado, com consequente impacto à saúde e à sociedade.

A construção de uma política pública sobre drogas deve ter como pilar ético o sujeito, e não as drogas. A pessoa do usuário e todas as suas dimensões subjetivas, sociais, culturais e econômicas devem ser pauta na consolidação de políticas de Estado intersetoriais de cuidado, qualificação e de prevenção. As diversas formas de vulnerabilidades, tão presentes associadas ao uso e abuso de álcool e outras drogas, precisam ser compreendidas e acolhidas para além do aspecto da droga, ou não haverá uma política pública digna e cidadã, com base nos direitos humanos.

Nesse cenário, o Centro Regional de Referência sobre Álcool e outras Drogas, desenvolvido, financiado e coordenado pela SENAD, regido por editais e vinculado a instituições públicas de ensino superior, federais e estaduais, por meio de programas educativos presenciais, possibilita a formação permanente de profissionais dos diversos serviços da rede intersetorial de atenção e cuidado à população que sofre em decorrência do uso de álcool e outras drogas (redes de saúde, assistência social e segurança pública, Ministério Público,

Poder Judiciário e entidades que prestam apoio a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, lideranças comunitárias e comunidade). A proposta objetiva extrapolar o panorama deficitário de formação para o manejo e o cuidado em relação às problemáticas decorrentes do abuso de drogas, com vistas à materialização de novas práticas e processos de cuidado/trabalho (COSTA *et al.*, 2015; BRASIL, 2016).

Até o presente momento, houve 47 CRRs em diversos municípios das cinco regiões do país, com uma população igual ou superior a 500 mil habitantes ou em municípios menores quando firmadas parcerias com municípios vizinhos para atender à população de tamanho semelhante (BRASIL, 2016).

Torna-se necessário, cada vez mais, compreender e refletir acerca do papel dos CRRs no cenário de formação, sua forma de atuação e seu alcance no atendimento, nos territórios, das diferenciadas demandas voltadas para a temática do uso de álcool e outras drogas. É possível visualizar o fortalecimento das potencialidades dos CRRs e a minimização de seus obstáculos quando deixam o modelo academicista tradicional e passam a valorizar a participação horizontal e contextualizada levantada pelos diferentes territórios e suas reais necessidades, no processo de construção de um programa de formação mais efetivo e eficaz. Nesse sentido, o presente artigo objetiva relatar a experiência do processo formativo desenvolvido no município de Aparecida de Goiânia, por meio do Centro Regional de Referência em Álcool e

outras Drogas, credenciado junto à Universidade Estadual de Goiás (UEG).

A elaboração do processo de formação intersetorial contou, de forma mais direta, com a participação do Projeto Redes (SENAD/MJSP e FIOCRUZ), no sentido de garantir um percurso formativo efetivamente compartilhado, intersetorial e articulado em nível local. A intervenção educativa foi realizada em um bairro da periferia do referido município, articulando os dispositivos da Saúde, Educação, Assistência Social, Desenvolvimento Urbano, Segurança Pública e Comunidade local.

Material e métodos

Trata-se de um relato de experiência de formação intersetorial do município de Aparecida de Goiânia, por meio do Centro Regional de Referência em Álcool e outras Drogas, vinculado à Universidade Estadual de Goiás, desenvolvido no período de maio a dezembro de 2016, em um bairro da periferia do referido município. O bairro foi selecionado após um levantamento de setor de residência da maioria dos usuários do CAPS AD III, motivo pelo qual se decidiu investir em investigação e educação nessa região. Foi por meio de metodologias ativas que se deu a aproximação com a comunidade.

A equipe de desenvolvimento do CRR foi composta por tutores, supervisão e coordenação pedagógica, vinculados à Rede de assistência a Saúde mental e à Rede de Assistência

social do município, e ainda com auxílio direto da articuladora e dos interlocutores do projeto Redes (SENA). Todos os profissionais envolvidos no processo possuem formação e experiência em abordagens problematizadoras e no cuidado a usuários de álcool e outras drogas.

As capacitações semanais se deram por meio de tutorias em campo, nos meses de maio a novembro, feitas por duplas que acompanhavam um grupo de alunos divididos por áreas de atuação. As aulas teóricas foram mensais, nos meses de maio a setembro, compostas por 8 horas/aula por encontro, finalizando com um dia de seminário aberto à comunidade. As aulas teóricas ocorreram em 4 encontros com as seguintes temáticas:

- Encontro 1: Histórico da Saúde Mental e Dinâmica dos padrões de uso de drogas;
- Encontro 2: Contexto Sociocultural do uso de drogas e descriminalização do uso de drogas;
- Encontro 3: Fatores de Risco e proteção do uso de drogas e formas de cuidado;
- Encontro 4: Redução de danos e contextualização da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) do município de Aparecida de Goiânia.

O encerramento da referida formação foi feito em dezembro de 2016, por meio de um Seminário com o tema: I Seminário Centro Regional de Referências em Álcool e outras drogas de Aparecida de Goiânia. Para ministrar as aulas

teóricas, contamos com professores qualificados e formados (mestres e doutores) na atenção aos usuários de drogas. Para receber certificação de conclusão do curso foi estipulada a frequência mínima de 75% das tutorias e aulas teóricas.

Seguindo critérios éticos, para assegurar a participação dos profissionais e englobar a realidade dos serviços, foram realizadas reuniões de pactuação com as secretarias de Saúde, Educação, Assistência Social, Desenvolvimento Urbano e Segurança Pública. Após autorização e acordos firmados com todas as secretarias, iniciou-se o processo de inscrição e matrícula dos alunos.

Assim, do setor da saúde, foram convidados profissionais de duas Unidades Básicas de Saúde do território e profissionais do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ADIII, destes foram inscritos 10 agentes comunitários de Saúde, 1 técnica em enfermagem da ESF, 1 assistente Social do CAPS, 1 terapeuta ocupacional do CAPS e 1 farmacêutica do CAPS. Todos estes concluíram o curso.

Para compor, do setor de educação, no Centro Municipal de Educação Integral Monteiro Lobato, foram inscritos: a diretora, 4 colaboradores administrativos e 26 professores do ensino fundamental. Nenhum destes profissionais concluiu o curso com o aproveitamento estipulado.

O setor de Assistência Social também esteve presente e foram convidados profissionais do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e do – Centro de Referência

Especializado de Assistência Social (CREAS), responsáveis pela rede de proteção correspondente ao bairro e foram inscritos 7 assistentes sociais, 4 psicólogos, 4 pedagogos, 3 educadores sociais e 1 agente administrativo.

No departamento da Secretaria de Desenvolvimento Urbano foram convidados profissionais ligados ao cuidado dos usuários de drogas. Assim, foram inscritas 1 psicóloga e 1 assistente social da Secretaria do Desenvolvimento Urbano que atendem os profissionais desta área e seus familiares que apresentam problemas relacionados ao abuso de drogas; ambas concluíram o curso.

A Segurança Pública foi convidada e profissionais de uma Companhia Independente de Polícia Militar e da Polícia Civil responsável pela região também participaram. Foram inscritos: 20 guardas civis municipais (GCM), sendo 14 da ronda escolar, 4 da Secretaria de Defesa Social, 1 do Quartel da Guarda Civil e 1 guarda civil do Restaurante Popular; destes, 7 GCM concluíram o curso (sendo 6 GCM da Ronda Escolar e 1 GCM do Restaurante Popular).

A comunidade também esteve representada e foram convidados pastores de igrejas, membros de igrejas e presidente de bairro. Nesse sentido, foram inscritos: 1 pastora e 1 membro, que não concluíram o curso. Ao todo, houve um número de 120 inscritos para a edição do curso do CRR.

Resultados e Discussões

Categorias: (1) Contextualização do território. (2) Estratégias pedagógicas. (3) Construindo intersetorialidade.

Contextualização do território

O território onde ocorreu o processo formativo é um setor periférico, que possui em média 25 mil habitantes (IBGE, 2016). Apesar de ser considerada região periférica, é percebido que no espaço geográfico há ambientes de saúde, educação, segurança, proteção social, cultura e lazer para a população.

No quesito saúde há duas Unidades Básicas de saúde, com quatro Equipes de Estratégias de Saúde da Família e o Consultório na Rua, que presta atenção itinerante. Na área de educação, a região conta com uma escola de tempo integral, característica percebida e apontada pela equipe como fator protetivo. Há uma Escola Municipal de ensino médio, uma Escola Municipal de Educação Integral (EMEI), uma escola estadual e um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI).

Em relação à segurança, há um distrito da Polícia Civil e um da Polícia Militar. Entre as unidades da segurança destaca-se o da Ronda Escolar, que realiza rondas 24 horas nas unidades de educação e trabalham junto à Educação dentro das escolas com palestras sobre drogas, o não uso de pipas (proibido no município de Aparecida de Goiânia) e contra violência. Acreditam na educação infantil para o desenvolvimento positivo do ser humano. No que se refere

às áreas de cultura e lazer, o território possui praças, ginásio poliesportivo, academia pública e uma escola infanto-juvenil de futebol.

Para proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), há o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), que promove momentos de danças, como dias de forró, além do Centro Especializado de Assistência Social (CREAS) que oferta proteção social a pessoas em situações de risco e vulnerabilidade. Há ainda o projeto AMAR (programa de uma instituição religiosa que desenvolve serviço de convivência e fortalecimento de vínculo com crianças e adolescentes no período contraturno da escola).

Em relação à religiosidade, o território conta com templos de diversas denominações como católica, evangélica, espírita, dentre outras, os quais foram visitados e mapeados pelos integrantes do curso com objetivo de aproximação e viabilização de acesso e cuidado.

Foram percebidas áreas de risco no território, como uma mata (pequena floresta) e uma região de colina denominada "serra das areias", onde acontecem tráfico de drogas, relato e registros de homicídios e desova de cadáveres.

Apesar de o território possuir serviços suficientes para promoção do cuidado em sua diversidade de seguimentos (psicossocial, espiritual e segurança), durante o processo formativo percebeu-se que seus habitantes se desconhecem uns aos outros, impossibilitando a atenção integral às

necessidades dos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares e/ou cuidadores.

Estratégias Pedagógicas utilizadas no CRR

Esta categoria descreve as ações das tutorias em campo alinhadas às aulas teóricas e vivências da população. Como recursos para aprendizagem foram disponibilizadas as aulas teóricas, materiais para leitura, ambientes de interação, discussão e esclarecimento de dúvidas.

As aulas teóricas possibilitaram discussões com a presença dos participantes de todas as áreas, o que favoreceu a aquisição de novos conhecimentos e olhares sobre os contextos que envolvem o uso de drogas, por meio da troca de experiência e vivência de cada área de atenção à sociedade. A maioria dos profissionais se mostrou envolvida, com participação ativa nas discussões, explanação de suas vivências e disponibilidade para mudanças práticas no desenvolvimento de intervenções junto aos usuários. Trata-se de um resultado semelhante ao obtido por Costa *et al.* (2015) no CRR em Minas Gerais.

Os encontros teóricos presenciais permitiram pensar o problema em grupo, por diversos ângulos, por meio de análises críticas da realidade, ampliação da capacidade de atuação ao conhecer e reconhecer o papel do outro e de si próprio na atenção ao usuário de drogas, bem como as limitações de cada área. A parte teórica iniciou com o histórico da Saúde Mental, desde o modelo hospitalocêntrico excludente,

perpassando pelas evoluções nas práticas respaldadas na autonomia e respeito à liberdade do ser humano. Discutimos os padrões de uso de drogas, lícitas e ilícitas, levando em consideração o contexto sociocultural.

Entre as temáticas mais mobilizadoras, a descriminalização do uso de drogas se destacou. Ainda muito confundida com legalização e carregada de mitos e preconceitos, observou-se que a representação da descriminalização está ligada ao entendimento de que se aumentará o número de dependentes químicos e até mesmo que "qualquer padaria poderá vender aos jovens".

Foram amplamente discutidos com os alunos os fatores de risco e proteção do uso de drogas, instigando a olharem para seu processo de trabalho, relações sociais e familiares, para assim reconhecerem as possíveis formas de cuidado.

Dentre as formas de cuidado destacamos a redução de danos, estratégia ainda pouco conhecida pelo grupo, que acreditava na abstinência como principal ou única estratégia de cuidado. Para pensar e delinear formas de atenção e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, no último encontro teórico, contextualizou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Aparecida de Goiânia, os diversos dispositivos sociais da Atenção Básica em Saúde (UBS, NASF e Consultório na Rua), Atenção Psicossocial Especializada (CAPS), Atenção de Urgência e Emergência (UPA com leito psiquiátrico), Atenção Residencial de Caráter Transitório

(Unidade de Acolhimento infanto-juvenil) e Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

Nos grupos de tutoria, os alunos da Segurança do Desenvolvimento Urbano e da Saúde apresentaram desejo do conhecer os quatro CAPS existentes na RAPS de Aparecida de Goiânia. Assim, junto a seus tutores, realizaram visitas técnicas a esses locais. Para as visitas, foi utilizado o veículo Perua Kombi do Consultório na Rua. Durante o percurso para as unidades a serem visitadas, a equipe do Consultório na Rua explicou o trabalho itinerante desenvolvido por eles, fizeram abordagem à população em situação de rua, demonstraram como se dava o acolhimento naquele espaço, objetivando que os alunos compreendessem seu funcionamento.

No CAPS AD III, foi apresentada a estrutura física do serviço, a composição da equipe multiprofissional, perfil do público atendido e atividades desenvolvidas de acordo com a modalidade de atendimento referente ao Projeto Terapêutico Singular. Os alunos perguntaram quanto à adesão e resultados do tratamento ali oferecido. Nesse momento, discutiram-se as perspectivas da redução de danos, sendo ressaltado ser considerado qualquer ganho desenvolvido e percebido pelo usuário, independente do grau, como resultados positivos. Clarificou-se o processo de reabilitação e tratamento, o envolvimento da equipe, família, usuário e os serviços da rede intersetorial, e sua característica de ser um processo gradual e contínuo. Foi enfatizada a importância da guarda municipal.

No CAPS infantil e CAPS ad III infanto-juvenil, foi apresentada a estrutura da unidade, e explicado o atendimento no serviço. Os alunos da ronda escolar destacaram a importância de conhecer este serviço, apresentando interesse em pactuar uma linha direta de comunicação, pois muitas vezes reconhecem crianças vítimas de violência e não sabem como proceder.

No CAPS transtorno, foi apresentada a estrutura física, a equipe e as atividades desenvolvidas no local, além de esclarecer o trabalho interdisciplinar realizado por cada mini-equipe deste CAPS. Foi discutida a dificuldade de manejo em situações de crises. Muitas vezes a guarda municipal é acionada para fazer o transporte e eles mesmos relatam não se sentirem preparados, tampouco habilitados para tal. Alguns alunos não sabiam que é função do SAMU realizar este manejo e transporte, e outros referiram já ter recebido negativa do SAMU quando o serviço foi acionado.

Foi esclarecido que, nesses casos, o município de Aparecida de Goiânia conta com um serviço de atendimentos para demandas de urgências em psiquiatria na UPA, lá será realizado o manejo primário da crise e posteriormente será encaminhado ao serviço de acordo com sua demanda, dentre esses serviços destacou-se o CAPS III.

Em relação aos alunos ligados à educação, houve dificuldade em organizar os horários de tutoria e liberação dos mesmos para os encontros presenciais. Esse fato se deu pelo motivo de o calendário escolar ter sido elaborado de

forma anterior ao contato do CRR junto à escola. A rotina de trabalho dos professores e a dinâmica de funcionamento da instituição foram respeitadas pelos tutores responsáveis por este campo, partindo do entendimento de que estavam naquele espaço para contribuir e fomentar discussões críticas e reflexivas sobre as questões pertinentes ao curso que foram feitas em intervalos de aula, conforme a realidade e necessidade do serviço.

Observando a dificuldade de intervenção na educação, consideramos como resultados extremamente positivos os diálogos e as reflexões alcançados nas tutorias e encontros presenciais. Afinal, isso possibilitou a discussão de situações reais do contexto da comunidade e da escola, com a escuta ativa e qualificada do dia a dia daqueles profissionais que estão à mercê de violências domésticas e de ação do tráfico local.

Ao caminhar para a finalização do curso, no último encontro presencial foi realizada a técnica do "Mapa Falante", que buscou construir um olhar crítico para o território do Jardim Tiradentes e sua população por meio do mapeamento dos problemas existentes no setor, decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como a identificação dos recursos de enfrentamento disponíveis na comunidade para subsidiar ações futuras de prevenção, promoção de saúde e manejo do uso abusivo de substâncias psicoativas.

O Mapa Falante é um potente instrumento de leitura da realidade de um território a partir de suas múltiplas dimensões. O exercício de construção do mapa possibilita

aos participantes a elaboração de uma representação coletiva de como veem a situação do território, identificando os pontos positivos e os negativos, o que facilita uma análise crítica da situação encontrada e o planejamento de ações voltadas especificamente para o espaço analisado (FERREIRA; PEREIRA, 2013).

Dividimos os 90 alunos presentes em subgrupos de aproximadamente 8 participantes. Cada subgrupo recebeu um roteiro com perguntas norteadoras sobre o território e sua população, papel flipchart, lápis de cor, giz de cera, canetinha e pincel atômico. Após a construção do desenho, os relatores de cada subgrupo fizeram uma apresentação do resultado da produção na plenária de participantes.

Os resultados do mapa falante mostraram que os profissionais dos serviços de saúde, educação, assistência social, desenvolvimento urbano, segurança e representantes da comunidade perceberam que não faltam recursos, mas há desconhecimento dos recursos existentes. Não conhecer os serviços implica uma precária ou inexistente comunicação entre os mesmos, comprometendo assim a integralidade da atenção à população do território.

Vivenciar a técnica de construção do mapa falante permitiu o (re) conhecimento dos vários espaços para a reinserção e proteção dos usuários de drogas, tão quanto suas funções e pessoas que os ocupam. Esse momento foi considerado fator potencial da comunidade para o

enfrentamento dos problemas relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas.

Por fim, como o CRR vislumbra criar espaços de formação, reflexão, trocas e principalmente a construção coletiva de ações voltadas para a prevenção, uso e abuso de álcool e outras drogas, tendo como eixo norteador a corresponsabilização dos atores envolvidos, para finalização do curso foi proposto um seminário aberto a toda comunidade de Aparecida de Goiânia e demais municípios do estado de Goiás.

Este seminário objetivou divulgar as experiências vivenciadas no processo formativo possibilitado pelo CRR na temática de drogas e despertar para articulação de uma rede forte de educação permanente e de cuidados.

O seminário incluiu: a exposição dos mapas falantes; a conferência ministrada pelo consultor do Projeto Redes da SENAD – FIOCRUZ, Prof. Dr. Antônio Nery Filho, que tratou da temática "Reconhecendo caminhos e possibilidades do território"; duas mesas-redondas, uma coordenada por professores da Universidade Federal de Goiás (UFG), da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC) e da Universidade de Brasília (UnB) e outra por professores da UEG.

Para ser possível consolidar as políticas públicas, orientadas pelo Ministério da Saúde e SENAD, é necessário divulgar os resultados obtidos pelo CRR, envolvendo profissionais da rede, comunidade e academia.

O CRR serviu como "desmistificador" da visão acerca do usuário, reconhecendo-o como problema de saúde pública que atinge o âmbito social e econômico. Tal fator é fundamental para abordagens mais efetivas, auxiliando na reorientação da prática e para a adesão ao tratamento, rompendo com a cultura do preconceito (COSTA *et al.*, 2015).

Construindo intersetorialidade

Esta categoria descreve o principal fruto dos encontros do CRR, que foi perceber o desconhecimento dos serviços do território pela população que a ocupa e iniciar o processo de conhecimento do território e diálogo entre os serviços.

No decorrer dos encontros da formação, observou-se que o abuso de drogas configura-se como grave problema para os alunos, atingindo todas as áreas de atenção envolvidas, e dentre as principais dificuldades vividas está o fato de desconhecerem dispositivos que podem atender ou auxiliar no cuidado aos usuários de drogas ou suas famílias.

O fato de apenas existirem serviços no território não garante o cuidado integral. Para isso é necessário que os profissionais que ocupam os serviços do território conheçam seus dispositivos, se comuniquem, fazendo com que os usuários circulem e sejam atendidos em suas necessidades, possibilitando a continuidade e integralidade do cuidado.

A integralidade, como um dos princípios fundamentais do SUS, implica a atenção focada no indivíduo, na família e na

comunidade, garantindo ao usuário uma atenção que abrange ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação da saúde e tratamento de agravos, permitindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

De forma geral, boa parte dos profissionais da educação, saúde, segurança e líderes da comunidade desconheciam o Consultório na Rua, serviço imprescindível no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua e de vulnerabilidade. Alguns comentaram conhecer a existência do CRAS. No entanto, desconheciam a função deste serviço. O desconhecimento da existência dos serviços ou de suas finalidades impede o cuidado efetivo à população. Por mais que um professor/ guarda civil/ líder comunitário/ agente comunitário de saúde saiba que uma criança mora em um lar onde acontece uso abusivo de drogas muitas vezes não sabe como agir, desconhece os serviços voltados para a promoção, prevenção, proteção e tratamento de agravos que poderão envolver todos os residentes ou transeuntes do lar.

É evidente que as ações setoriais no campo da saúde necessitam de rápida incorporação de ações estratégicas intersetoriais, como forma de enfrentamento das diferentes demandas, as quais não são de competência única do setor saúde, mas também de práticas integradoras resolutivas (PALHA, 2015).

Nas tutorias em campo buscamos conhecer a compreensão do uso e abuso de drogas e os cuidados empreendidos pelos alunos, identificar os fatores dificultadores e

facilitadores para atenção aos usuários de álcool e outras drogas e, a partir disso, junto aos alunos problematizamos a atuação profissional e como podemos utilizar a rede de serviços em favor do cuidado.

Utilizamo-nos dos encontros presenciais, bem como de encontros agendados entre serviços específicos, para que os alunos pudessem se conhecer e compreender quais demandas poderiam ser discutidas em conjunto e de modo corresponsável. Observou-se que um fator dificultador relevante era o não conhecimento, de fato, do que competia a cada dispositivo do território. Um exemplo de intervenção nesses casos pode ser o realizado entre o Centro de Educação e o CRAS, pois mesmo estando na esfera municipal da administração, no mesmo território (bairro), e atendendo a muitas crianças e famílias em comum, os profissionais do Centro de Educação não tinham comunicação entre si. Foi realizada uma reunião no espaço da escola para que os trabalhadores desses serviços se conhecessem e pudessem, a partir disso, compartilhar as demandas pertinentes e se apoiarem nas intervenções de modo a dialogarem sobre as estratégias possíveis, de modo a respeitarem a singularidade de cada caso.

Consideramos os encontros como momentos ricos de problematização, em que alunos e tutores refletiram e discutiram sobre soluções para superar os fatores dificultadores identificados, fomentando capacidades resolutivas para serem empreendidas no cotidiano. Ao apresentar a RAPS,

possibilitamos aos alunos estabelecer comunicação e proporcionar atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.

Como ganhos das estratégias utilizadas, percebemos que foi possível auxiliar os alunos a conhecer e a intervir sobre problemas específicos na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, como a capacidade de distinguir o problema e ao mesmo tempo integrá-lo no serviço em acordo com o usuário e/ou seu familiar, respeitando as condições humanas e não estigmatizadas.

Para uma implementação efetiva das estratégias de prevenção e cuidado, é imprescindível a adoção da lógica de interação entre diversos serviços, a partir da compreensão das demandas e necessidades de cada um. Neste CRR, ao contar com a participação de diferentes grupos sociais e profissionais, foi possível conhecer os distintos trabalhos oferecidos na comunidade, além de favorecer a comunicação entre eles, e na identificação e formulação de possíveis ações conjuntas.

Este modo de realização do CRR com a participação de múltiplos setores mostrou-se positivo em relação ao modelo conteudista na construção da comunicação com vistas à intersetorialidade. É necessário pensar os CRRs abertos às demandas profissionais e sociais em relação à atenção ao usuário de drogas, superando o molde de ser somente centro de capacitação, passando a ser centro de referência na formação, atuante dentro das políticas ministeriais sobre drogas, favorecendo a continuidade nas ações e auxiliando

no processo de intersetorialidade, com reformulação das práticas (COSTA *et al.*, 2015).

Considerações finais

O corpo docente, os tutores e coordenadores pedagógicos mostraram-se qualificados para a estratégia pedagógica adotada, atendendo às expectativas dos alunos. Ao investir no aperfeiçoamento dos profissionais dos serviços de saúde, educação, segurança, proteção social e dos líderes da comunidade na utilização de boas práticas e na melhoria dos ambientes de atenção constituiu ação primordial para o alcance de melhores resultados no cuidado adequado a população que sofre com questões advindas do uso de álcool e outras drogas. Isso depende da mudança de cultura da comunidade alinhada ao plano de atenção aos usuários de álcool e outras drogas instituída nacionalmente, e as metodologias ativas se mostraram como facilitadoras desse processo.

O principal aspecto deste projeto foi a qualificação articulada às políticas públicas e à realidade dos atores envolvidos, o que produziu conhecimento que alimentou os processos de trabalho, tendo em vista o perfil, a necessidade da população e o respeito aos usuários de álcool e outras drogas.

Como limitações das estratégias utilizadas, percebemos o tempo reduzido para promover adequação na realidade institucional, que não permite a supervisão na adoção de novas práticas, impedindo a verificação de quais mudanças

nos processos de trabalho são viáveis e quais necessitam ser repensadas e ajustadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: SENAD, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório Crack, é Possível Vencer. *Centros Regionais de Referência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/prevencao/centro-regionais-referencia.html. Acesso em: 9 jan. 2017.

COSTA, P. H. A. *et al.* Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. *Interface*, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 395–404, jun, 2015.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=520140. Acesso em: 9 jan. 2017.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 335–342, 2007.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe*: un enfoque de salud pública. Washington: 2009.

PALHA, Pedro F. Por um sistema de saúde integrador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n. 2, p. 181–182, mar.-abr, 2015.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). *World Drug Report 2015*. New York: United Nations, 2015.

Sobre os autores

ADRIELE CRISTINA SILVA SOUZA – Doutoranda em Enfermagem pela UFG. Enfermeira do Consultório na Rua, em Aparecida de Goiânia.

ANA CAROLINE G. CAVALCANTE – Mestre em Enfermagem. Enfermeira no CAPS III Bem Me Quer Aparecida de Goiânia.

ANDRÉ LUIZ ARAÚJO PEREIRA – Doutor em Bioquímica pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (2011), com projeto desenvolvido no Laboratório Nacional de Biociências, mestre em Biotecnologia pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP (2006), graduado em Biologia (licenciatura plena) pela Universidade de Rio Verde – UniRV (2003). Atualmente é docente efetivo da Universidade Estadual de Goiás (UEG), lotado no Câmpus Itapuranga, atuando no curso de Ciências Biológicas e na Pós-graduação em Educação e Agroecologia.

CARLA ROSANE MENDANHA DA CUNHA – Doutora em Ciências da Saúde pela UFG, mestre em Ciências Farmacêuticas, possui graduação em Farmácia Bioquímica, Modalidade Análises Clínicas, pela Faculdade de Farmácia da UFG (2005) e graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Goiás (2003). Atualmente é farmacêutica bioquímica do Núcleo de Patologia Clínica do Governo do Distrito Federal (NPC-GDF), docente da Universidade Estadual de Goiás (UEG) e professora convidada do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Farmacologia e Farmácia Clínica da FMB e do Programa de Pós-graduação em Educação e Agroecologia da Universidade Estadual de Goiás.

CAROLINA FIORAVANTE SARTORI DE OLIVEIRA – Especialista em Saúde Mental e Dependência Química. Coordenadora de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, em Aparecida de Goiânia.

CRISTIANE ALVES DA FONSECA – Mestre pelo Instituto de Ciências Biológicas (1999), graduada em Farmácia e Bioquímica pela Faculdade de Farmácia (1995). Atualmente é docente da Universidade Estadual de Goiás e analista de saúde I da Secretaria Municipal de Saúde.

DECIO CASTRO ALVES – Especialista em Gestão de Saúde pela FMABC. Psicólogo interlocutor/Supervisor Clínico/ Institucional/ Intersetorial do Projeto Redes da Fiocruz/ Senad/MJSP.

Elaine Teixeira Rabello – Pós-doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2014), doutora e mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2010 e 2014), graduada em Psicologia pela Universidade do Rio de Janeiro. Atualmente é professora adjunta da Universidade do Rio de Janeiro, no Instituto de Medicina Social, pesquisadora colaboradora da Fundação Oswaldo Cruz em projetos de ensino, pesquisa e desenvolvimento na área de Atenção Básica, Saúde Mental e Formação Profissional em Saúde e desenvolve pesquisas e projetos nas temáticas de circulação de conhecimentos e saberes em saúde, educação em saúde, atenção primária, saúde mental, medicalização e metodologias qualitativas.

ERIKA DE SENE MOREIRA – Mestranda em Saúde Coletiva pela UFG. Odontóloga e coordenadora CAPS Infanto Juvenil Aparecida de Goiânia.

FERNANDA COSTA NUNES – Doutoranda em Ciências da Saúde pela UFG. Professora substituta do Instituto de Patologia Tropical da UFG.

FERNANDA ORTINS SILVA – Doutoranda em Educação pela Faculdade de Educação da UFG, mestre em Música pela UFG, especialista em Educação Social para atendimento de adolescentes de ato infracional pela Faculdade de Educação, graduada em Educação Física pela UFG. Atualmente

é musicoterapeuta no CAPS AD SMS/ Goiânia e da Casa de Semiliberdade do Estado de Goiás.

GLEYSON BATISTA RIOS – Mestrando em Psicologia pela Faculdade de Educação da UFG, especialista em Educação Física Escolar pela UFG. Atualmente é docente na ESEFFEGO/ UEG e profissional de Educação Física no Consultório na Rua – SMS/ Goiânia.

LILIANE DE SOUSA SILVA – Doutoranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Goiás (UFG), mestra em Ciências Farmacêuticas (2015 – UFG), especialista em Neuropedagogia Aplicada à Educação (2013), possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Goiás (UEG -2012). Atualmente é docente da UEG no curso de Ciências Biológicas e do programa de Pós-graduação em Agroecologia e Educação da Universidade Estadual de Goiás, funcionária pública da Prefeitura Municipal de Itapuranga-GO, lotada na Agência Transfusional.

MARCELO DE MELLO – Doutor, mestre e graduado em Geografia pela UFG. Atualmente é docente do curso de Geografia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais e Humanidades da Universidade Estadual de Goiás/CCSEH e bolsista produtividade da UEG.

MARCELO PEDRA MARTINS MACHADO – Mestrando em Políticas Públicas em Saúde pela Fiocruz – DF, mestre em Administração em Saúde pela IMS/UERJ, especialista

em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Arte e Cultura na Saúde (IOC/FIOCRUZ), Apoio Institucional em Saúde (UNICAMP) e Educação em Saúde (IMS/UERJ). Atualmente é psicólogo sanitarista, consultor técnico do departamento de atenção básica do Ministério da Saúde, atuando nas áreas de Saúde Mental na atenção básica, cuidado à população em situação de rua (consultório na rua), apoio matricial em Saúde (NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e formação de trabalhadores para o campo da Saúde.

MARCIA LANDINI TOTUGUI – Mestre em Psicologia da Clínica e Cultural. Interlocutora do Projeto Redes/SENAD/ MJSP-FIOCRUZ.

MARCOS ANTÔNIO ALVES FILHO – Especialista em Educação Física Escolar pela UFG e Treinamento Funcional pela PUC-GO, graduado em Educação Física pela Eseffego/ UEG. Atualmente é profissional de Educação Física no CAPS AD SMS/ Goiânia.

MARIA FABIANA DAMÁSIO PASSOS – Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Possui graduação e mestrado em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia. Atualmente é analista de Gestão em Saúde da Fiocruz Brasília e está como coordenadora da Escola Fiocruz de Governo. É pesquisadora do Laboratório de Educação, Mediação Tecnológica e Transdisciplinaridade em Saúde da Escola Fiocruz de Governo e membro do grupo de condução da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública.

MAYK DA GLORIA MACHADO – Mestre em Psicologia pela UFG. Psicólogo e coordenador das Equipes de Consultório na Rua.

PAULA CÂNDIDA DA SILVA DIAS – Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás. Professora da Escola de Ciências Sociais e da Saúde da PUC– GOIAS.

POLYANA MESSIAS – Mestranda pela UFG. Assistente social do CAPS Ad III infanto juvenil, em Aparecida de Goiânia.

REGILENE CONCEIÇÃO MOREIRA – Superintendente de Proteção Básica da Secretaria de Assistência Social, em Aparecida de Goiânia.

SABRINA DIAS FONSECA – Especialista em Saúde Mental e Dependência Química. Técnica da coordenação de Saúde Mental Aparecida de Goiânia.

WESLEY DE ASSIS – Especialista em Coordenação pela PUC Goiás. Médico psiquiatra e coordenador técnico do ambulatório de cuidados em Saúde Mental, em Aparecida de Goiânia.

SOBRE O LIVRO

Formato:	16 x 23 cm
Tipologia:	Minion Pro
Número de Páginas:	223
Suporte do livro:	E-book

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS
BR-153 – Quadra Área, Km 99 – 75.132-903 – Anápolis-GO
www.ueg.br / Fone: (62) 3328-1181

2021
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

O livro *Centro Regional de Referência: debates sobre o uso de crack, álcool e outras drogas* tem como proposta apresentar a questão do enfrentamento ao uso de drogas em uma perspectiva ampla. [...] Na realidade, o enfrentamento indicado se pauta na necessidade de rompimento com um estado de negação/omissão, no qual as "drogas" e seus problemas correlatos aparecem como produtos da ação exclusiva de traficantes e outros criminosos: de pessoas estranhas à vida edificada em cenários idealizados.

ISBN 978-65-88502-12-9