



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

**MILENA LIMA DE PAULA**

**AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS RELACIONADAS AOS CUIDADOS AOS  
USUÁRIOS DE CRACK NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: POSSÍVEIS ARTICULAÇÕES  
TEÓRICAS, PRÁTICAS E POLÍTICAS**

**FORTALEZA – CEARÁ  
2016**

MILENA LIMA DE PAULA

AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS RELACIONADAS AOS CUIDADOS AOS USUÁRIOS  
DE CRACK NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: POSSÍVEIS ARTICULAÇÕES TEÓRICAS,  
PRÁTICAS E POLÍTICAS

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Salete Bessa Jorge.

Coorientador: Prof. Dr. Mauro Serapioni.

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Paula, Milena Lima de Paula.

Avaliação das pesquisas relacionadas aos cuidados aos usuários de crack na atenção primária: possíveis articulações teóricas, práticas e políticas [recurso eletrônico] / Milena Lima de Paula Paula. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 222 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.ª Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

Coorientação: Prof. Dr. Mauro Serapioni.

1. Atenção primária à saúde. 2. Drogas ilícitas. 3. Cocaína crack. I. Título.

MILENA LIMA DE PAULA

AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS RELACIONADAS AOS CUIDADOS AOS USUÁRIOS  
DE CRACK NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: POSSÍVEIS ARTICULAÇÕES TEÓRICAS,  
PRÁTICAS E POLÍTICAS

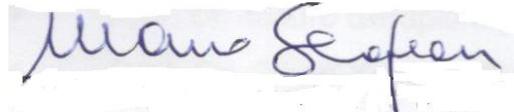
Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 9 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Salete Bessa Jorge Orientadora  
Universidade Estadual do Ceará - UECE



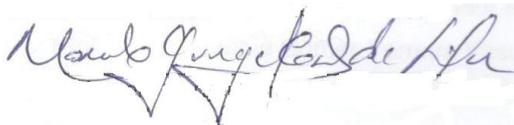
Prof. Dr. Mauro Serapioni  
Universidade Estadual do Ceará - UECE Prof.



Dr. Silvio Yasui  
Universidade Estadual Paulista - UNESP



Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé  
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva  
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Dedico este trabalho aos meus pais, Ana Fátima e Cláudio, por não medirem esforços para me ajudar e por me apoiarem em todas as minhas decisões, e ao meu marido, Erick, pelo companheirismo e confiança.

## **AGRADECIMENTOS**

À Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, pela orientação deste trabalho e por me proporcionar oportunidades de participação em pesquisas na área da docência.

Ao Prof. Dr. Mauro Serapioni, por ter colaborado com a elaboração deste trabalho, por meio de contribuições valiosas.

Ao Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé, pela disponibilidade em ler o trabalho em situação de pré-banca e pelo envio de pertinentes contribuições.

Ao Prof. Dr. Silvio Yasui e ao Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva, pela participação nesta banca.

À Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos, pela amizade desde a infância e por ter me motivado a seguir a área acadêmica desde a graduação.

À Jhennifer Góis, pela disponibilidade e ajuda nos momentos mais necessários.

À Mairla Alencar Pitombeira, pela disponibilidade nos momentos necessários.

À Indara Cavalcante, pelo companheirismo.

À D. Maria, por todo o cuidado ofertado aos alunos da pós-graduação.

Aos membros GRUPSFE, principalmente à Jamine, por proporcionar ricas discussões e aprendizagens.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela concessão da bolsa auxílio financeiro que proporcionou minha formação como pesquisadora.

## RESUMO

Observa-se uma tendência recente nas pesquisas em discutir questões relacionadas ao usuário de drogas na Atenção Primária à Saúde (APS), contudo, a literatura mostra que as práticas ainda estão focadas nos agravos orgânicos. Nesse sentido, percebeu-se que há uma distância entre teoria e prática, uma vez que os estudos pouco repercutem nos serviços. Diante deste contexto, o estudo objetivou: avaliar a relação entre o conhecimento produzido sobre a temática relacionada à assistência ao usuário de *crack* e sua aplicabilidade na APS no Município de Fortaleza. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado com gestores, usuários, familiares e profissionais da APS e da Coordenadoria especial de Políticas sobre Drogas (CPdrogas). Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista em profundidade. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob Protocolo n.º 662.093. A análise dos resultados foi realizada a partir da hermenêutica, com base em Minayo, e possibilitou estabelecer convergências, divergências e complementaridades. Os resultados apontam que existem muitos desafios para implementação das pesquisas na prática, que vão desde as barreiras enfrentadas pelos pesquisadores para dar início à entrada em campo, às dificuldades dos gestores para entender os resultados dos estudos e aplicá-los. Além disso, o estudo também revelou que ainda existem muitos desafios para a superação no modelo asilar na atenção ao usuário de drogas. Diante do exposto, para utilização dos resultados na prática dos serviços, faz-se necessário uma maior articulação entre pesquisadores e todos os atores envolvidos com a prática, até mesmo os usuários dos serviços, visto que a implementação dos resultados não é uma tarefa apenas do pesquisador.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Drogas ilícitas. Cocaína crack.

## ABSTRACT

There is a recent trend in research to discuss issues related to drug users at Primary Healthy Care (PHC), however the literature shows that the practices are still focused on organic harms. In this sense, it is clear that there is a gap between theory and practice, once studies have little repercussion regarding services. In such context, the study aimed to evaluate the relationship between the knowledge produced on the subject related to assistance to crack users and their applicability in the PHC in Fortaleza; This is a qualitative study, carried out with managers, users, family members and professionals from PHC and from the Special Coordination on Drug Policy (CPdrogas). It was used in-depth interview to collect data. The study was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Ceará (UECE), under the protocol 10724251-6. The analysis was performed from the hermeneutics, based on Minayo, and allowed to establish convergences, differences and complementarities. The results show that there are many challenges regarding the implementation of the research in practice, ranging from the difficulties faced by researchers to initiate the fieldwork, to the difficulties of managers to understand the results and, finally, apply them. In addition, the study also revealed that there are still many challenges to overcome the asylum model of caring for drug users. Thus, in order to reach the results in practice, it is necessary to ensure better coordination between researchers and all stakeholders involved in the practice, including the users of the services, once the implementation of the results is not only a task for the researchers.

**Keywords:** Primary health care. Street drugs. Crack cocaine.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Distritos de Fortaleza.....	84
Figura 2 –	Fluxo da submissão de projetos à COGTES.....	92
Figura 3 –	COGTES.....	93
Figura 4 –	Articulação entre teoria e prática.....	129
Quadro 1 –	Critérios de seleção.....	87
Quadro 2 –	Participantes incluídos no estudo.....	88
Quadro 3 –	Participantes da CPdrogas.....	89
Quadro 4 –	Composição dos representantes do estudo.....	89
Quadro 5 –	Análise das entrevistas dos profissionais.....	100
Quadro 6 –	Análise das entrevistas dos gestores.....	101
Quadro 7 –	Análise das entrevistas dos usuários e famílias.....	101
Quadro 8 –	Análise das entrevistas dos Assessores técnicos em EP.....	102
Quadro 9 –	Material reduzido.....	103
Quadro 10 –	Análise dos estudos.....	104
Quadro 11 –	Confronto teoria e prática.....	104
Quadro 12 –	Projetos enviados à COGTES.....	127
Quadro 13 –	Estratégias de busca utilizadas na base de dados SciELO.....	166
Quadro 14 –	Estratégia de busca utilizada na BVS.....	166
Quadro 15 –	Seleção e avaliação dos estudos.....	167
Quadro 16 –	Local de desenvolvimento do estudo.....	171

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBPF	Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CCA	Comedores Compulsivos Anônimos
CTA	Comitê Técnico Assessor (CTA)
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
COGTES	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
CONCECT	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de C&T
CPdrogas	Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas
C&T	Ciência e Tecnologia
CT	Comunidades Terapêuticas
DECT	Departamento de Ciência e Tecnologia
FAP	Fundações de Amparo à Pesquisa
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
IES	Instituições de Ensino Superior
MCT	Centro da Ciência e Tecnologia
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NUCIT	Núcleo de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PET- Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNCTIS	Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada
SCTIE	Secretaria de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde
SECITECE	Secretaria da Ciência, Tecnologia e Educação Superior do Estado do Ceará
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SERs	Secretarias Executivas Regionais

SESA	Secretaria de Saúde do Estado
SMSE	Sistema Municipal Saúde - Escola
UECE	Universidade Estadual do Ceará
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1	INTENCIONALIDADES DA PESQUISA E O ENCONTRO COM O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	14
1.1.1	<b>Intencionalidades da pesquisa</b> .....	14
1.2	ENCONTRO COM OBJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	15
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	27
2.1	GERAL.....	27
2.2	ESPECÍFICOS.....	27
3	<b>MARCO TEÓRICO CONCEITUAL</b> .....	28
3.1	AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	28
3.1.1	<b>Avaliação na prática da gestão</b> .....	36
3.1.2	<b>Abordagens participativas – Avaliação de quarta geração</b> .....	37
3.1.3	<b>Avaliação focada na utilização</b> .....	39
3.2	POLÍTICAS DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE X POLÍTICAS DE SAÚDE.....	41
3.3	DO SABER CIENTÍFICO À DEFINIÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE	50
3.4	A IMPORTÂNCIA DA APS NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO.....	56
3.4.1	<b>Desafios na atenção primária</b> .....	60
3.4.2	<b>Necessidades de avaliação e processos avaliativos na APS</b> .....	61
3.4.3	<b>Articulação entre teoria e prática na APS</b> .....	62
3.4.5	<b>APS no cuidado aos usuários de drogas e aspectos a serem avaliados</b> .....	65
3.5	CUIDADO COMO OBJETO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	67
3.5.1	<b>Práticas clínicas voltadas ao usuário de drogas como objeto de avaliação</b> .....	69
3.5.2	<b>Acesso como objeto de avaliação</b> .....	75
4	<b>MÉTODO – EIXO TEÓRICO METODOLÓGICO</b> .....	79
4.1	NATUREZA E TIPO DE ESTUDO.....	79
4.1.1	<b>Hermenêutica dialética</b> .....	80
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	83

4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	87
4.4	INSTRUMENTOS, TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS.....	90
<b>4.4.1</b>	<b>Entrevista em profundidade.....</b>	<b>94</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Dificuldades encontradas.....</b>	<b>95</b>
4.5	PLANO DE ANÁLISE.....	97
4.6	ASPÉCTOS ÉTICOS.....	105
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>107</b>
5.1	FLUXOS DAS PESQUISAS EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA E AS DIFICULDADES PARA UTILIZAÇÃO DOS RESULTADOS.....	107
<b>5.1.1</b>	<b>Autorização para entrada em campo.....</b>	<b>109</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Período de realização da pesquisa.....</b>	<b>111</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Utilização dos resultados.....</b>	<b>111</b>
<b>5.1.4</b>	<b>Pesquisas identificadas na COGTES.....</b>	<b>122</b>
5.2	POSSÍVEIS ARTICULAÇÕES ENTRE TEORIA E PRÁTICA.....	128
5.3	A COMPLICADA RELAÇÃO ENTRE PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS NO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS.....	129
5.4	RESISTÊNCIAS ACADÊMICAS A INVESTIGAÇÕES DAS PRÁTICAS RELACIONADAS AO CUIDADO AOS USUÁRIOS DE DROGAS REALIZADAS NOS DIFERENTES SERVIÇOS.....	134
5.5	PESQUISAS AVALIATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES NAS PRÁTICAS RELACIONADAS AO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS.....	143
5.6	O DESCOMPASSO ENTRE A MICRO E A MACROPOLÍTICA NOS CUIDADOS AOS USUÁRIOS DE DROGAS NA APS.....	147
<b>5.6.1</b>	<b>A formação e o descompasso entre micro e macropolítica.....</b>	<b>156</b>
<b>5.6.2</b>	<b>Aspectos institucionais na APS.....</b>	<b>160</b>
<b>5.6.3</b>	<b>O instituinte x o instituído: dificuldades de superação do modelo asilar.....</b>	<b>163</b>
5.7	A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A ATENÇÃO AO USUÁRIO DE CRACK NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANALISANDO A MACROPOLÍTICA.....	165

5.7.1	<b>Estratégias de busca nas bases de dados.....</b>	166
5.7.2	<b>Assistência ao usuário de drogas na APS, acesso e acolhimento</b>	171
5.8	O PROCESSO DE CUIDADOS AOS USUÁRIOS DE DROGAS NA APS: EXPLORANDO A MICROPOLÍTICA.....	177
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	188
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	190
	<b>APÊNDICES.....</b>	211
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA ABERTA COM OS FAMILIARES DOS USUÁRIOS NA APS.....	212
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DA APS.....	213
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS – GESTORES.....	214
	APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.....	215
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS GESTORES.....	216
	APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS TRABALHADORES DE SAÚDE.....	217
	APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS USUÁRIOS DE SAÚDE.....	218
	APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS FAMILIARES CUIDADORES DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	219
	APÊNDICE J – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PESQUISADORES.....	220
	<b>ANEXO.....</b>	221
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	222

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 INTENCIONALIDADES DA PESQUISA E O ENCONTRO COM O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO**

#### **1.1.1 Intencionalidades da pesquisa**

No decorrer da graduação em psicologia, sempre houve o interesse em trabalhar na área de psicologia social com populações em situação de vulnerabilidade social. Dessa forma, ao terminar o curso de psicologia, a atuação profissional da pesquisadora foi nessa área.

O primeiro emprego foi na Secretaria de Direitos Humanos (SDH) da prefeitura municipal de Fortaleza, anteriormente chamada de Fundação da Criança e da Família Cidadã (FUNCI), na coordenadoria da criança e do adolescente. O trabalho consistiu no acompanhamento psicossocial de adolescentes que estavam cumprindo medida socioeducativa de liberdade assistida (LA), em decorrência de cometimento de ato infracional.

Durante essa experiência, a pesquisadora teve oportunidade de trabalhar com adolescentes que faziam uso de drogas, bem como suas famílias. Contudo, amenizar o sofrimento desses jovens e de seus familiares, submetidos a situações de alta vulnerabilidade social, era um grande desafio para toda a equipe da LA.

A segunda experiência profissional foi, ainda, na SDH; porém, no Projeto Raízes de Cidadania, cujo objetivo era fomentar a mobilização e participação popular nas comunidades carentes de Fortaleza. Novamente, o abuso de drogas era um grande problema para a comunidade.

Com efeito, surgiu o interesse de estudar mais sobre essa problemática. Diante do exposto, a pesquisadora passou a frequentar o Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE). As importantes discussões e aprendizagens que o grupo proporcionou despertaram o desejo de realizar o mestrado com a execução de uma dissertação com tema relacionado ao abuso de drogas.

Durante o mestrado, a pesquisadora teve contato com diversos outros temas relacionados à Saúde Coletiva e, dentre as novas temáticas visualizadas no mestrado, a avaliação relacionada à saúde também despertou o interesse. Assim, na

tentativa de articular as duas temáticas, a pesquisadora e a orientadora elaboraram o objeto de estudo desta tese. O estudo é um recorte de um projeto mais amplo, denominado “Avaliação das pesquisas em saúde e enfermagem: olhares plurais sobre suas contribuições para as políticas, organização dos serviços e assistência à saúde na interface com a produção do cuidado na Atenção Primária”.

## 1.2 ENCONTRO COM OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

Recentemente, observa-se uma tendência nas pesquisas em discutir questões relacionadas ao usuário de drogas na Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, mesmo com o princípio da integralidade, proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e a compreensão de que esse nível de atenção funciona como “porta de entrada” para todos os usuários, inclusive aqueles que utilizam substâncias psicoativas, ainda permanece a ideia de que o cuidado aos usuários de *crack* deve ser oferecido apenas em serviços especializados ou, ainda, em instituições de acolhimento em tempo integral.

Então, com a consolidação do SUS, originado com o movimento de Reforma Sanitária, a saúde passou a ser vista como direito do povo e dever do Estado. Além disso, o SUS também prevê o reconhecimento de determinantes sociais no processo saúde-doença com a consequente reorientação das práticas de saúde. Nesse sentido, com a estruturação do SUS, as concepções de saúde-doença se tornaram complexas, constituindo-se para além da ideia de ausência de doença, de conservação da vida ou de manutenção de sobrevivência. A saúde, então, passou a ser entendida como um processo singular e subjetivo de negociação permanente de sentidos em um campo social (PAIM *et al.*, 2011).

Porém, pensar o processo de adoecimento em suas múltiplas variantes não é prática comum nas equipes de saúde, visto que a atenção fragmentada e centrada nas especialidades ainda se configura como prática hegemônica em muitos serviços. Diante da fragmentação reinante nas práticas de saúde atuais, julga-se necessário discutir a necessidade de aproximação da saúde mental junto à atenção primária à saúde, visando à oferta de um cuidado integrado e resolutivo (CAMPOS *et al.*, 2011).

Nessa busca de oferta de um cuidado integrado, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação de saúde. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS), em 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto em Gestão. Destaca-se o Pacto em Defesa da Vida, pois constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas nos três entes federativos: federal, estadual e municipal, com definição de responsabilidade de cada um (Política Nacional de Promoção da Saúde).

O Pacto pela Vida está relacionado a uma proposta transversal, integrada e intersetorial que visa dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, outros setores do governo, setores privados e não governamentais e a sociedade, na busca de compor redes de compromissos e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população. Dentre as macroprioridades do pacto pela vida, destaca-se o controle do uso abusivo de substâncias psicoativas (Política Nacional de Promoção da Saúde).

Nesse sentido, em um contexto caracterizado por crescentes problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas houve a necessidade de ampliação das ações relacionadas à atenção ao usuário de drogas. Nesse contexto, o primeiro nível de atenção pode desempenhar atuação importante no atendimento a esta população (BRASIL, 2002). Assim, à medida que a APS ganha importância no cuidado ao usuário de drogas, surge a necessidade de realização de pesquisas sobre o assunto, para impulsionar reflexões sobre a temática, bem como orientar as equipes de APS, no que diz respeito às práticas direcionadas aos usuários de drogas.

Portanto, os serviços de APS, de acordo com a atenção psicossocial ao usuário de drogas, norteados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, podem ser vistos como constituintes de uma rede de dispositivos comunitários, os quais devem ser articulados à rede assistencial em saúde mental (BRASIL, 2002).

No âmbito político, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de drogas, bem como a Política de Atenção Básica, orienta que a APS faz parte da rede de atenção ao usuário de drogas, assim, pode ofertar serviços de prevenção, promoção e cuidados, numa perspectiva comunitária e articulada com outros setores existentes no território (BRASIL, 2003).

Destarte, a Atenção Primária à Saúde deve desempenhar importante papel de porta de entrada do usuário de drogas, no SUS. Assim, os serviços relacionados a este nível de atenção devem realizar ofertas de cuidado para usuários funcionais, identificar sujeitos que utilizam drogas de forma abusiva e articularem-se às equipes de CAPS, para proposta de abordagens relacionadas a ações de redução de danos ou ofertas de cuidados (BRASIL, 2010).

A redução de danos pode ser entendida como uma forma de abordagem aos usuários de drogas, nessa perspectiva, o foco do problema passa a ser o direito à saúde de todos e à liberdade individual do usuário que não deseja ou não consegue interromper o uso, em vez da erradicação e da abstinência. Desse modo, o objetivo dessa estratégia não é a abstinência, embora não se oponha a ela, mas sim diminuir os riscos relacionados ao uso de drogas (MACHADO; BOARINI, 2013).

Desse modo, as ações oferecidas aos usuários de drogas na atenção primária não devem se restringir à identificação e encaminhamentos para serviços especializados, uma vez que este nível de atenção deve, ainda, proporcionar cuidados, garantir o acesso a medicamentos, bem como atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades/famílias e usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores e realizar ações relacionadas à prevenção. Portanto, observa-se que as práticas da Atenção Primária relacionadas ao usuário de drogas devem ser realizadas numa perspectiva ampliada, considerando o trabalho em rede e a intersetorialidade (BRASIL, 2004).

A Atenção Primária à Saúde possui papel importante no que diz respeito ao cuidado direcionado ao usuário de drogas, pois este nível de atenção deve garantir o acesso e o acolhimento de usuários e suas famílias aos serviços de saúde, uma vez que a APS deve ser resolutiva. Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o serviço que desenvolve práticas em Atenção Primária (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Entretanto, além da baixa cobertura da ESF, ainda inferior a 20% em algumas grandes cidades do país, a maioria desses serviços não inclui ações relacionadas ao usuário de drogas em suas práticas cotidianas (ANDRADE, 2011).

Também há o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado mais recentemente com o intuito de ampliar as ações da Atenção Primária. Nesse sentido, assim como a ESF, o NASF deve atuar dentro de diretrizes relativas à APS. No

entanto, diferente da ESF, não se constitui como porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de ESF (BRASIL, 2009).

Além disso, A Política Nacional de Atenção Básica incluiu, por meio da Portaria nº. 2.488, de 21 de Outubro de 2011, práticas de redução de danos dentre o conjunto de ações que podem ser desenvolvidas pela APS. Embora a estratégia de Redução de Danos não se restrinja a questões relacionadas ao uso de drogas, sabe-se que é tradicionalmente utilizada nas práticas de cuidado relacionadas a usuários. Desse modo, a redução de danos pode ser desenvolvida na Atenção Primária como estratégia para reduzir danos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em usuários de drogas, mas também devem abranger ações voltadas para a prevenção dos danos, antes que eles aconteçam (BRASIL, 2013).

Dentre as práticas clínicas relacionadas à redução de danos, que podem ser utilizadas na APS, estão as intervenções breves (IB), que vêm demonstrando efetividade, segundo estudos internacionais como o de Kaner, Bland e Cassidy (2013) em usuários de drogas. De acordo com os autores, simples estratégias de triagem, para identificação de usuários que apresentam riscos relacionados à ingestão de bebidas alcoólicas, seguidas por *feedbacks* sobre o comportamento de beber, bem como aconselhamentos sobre estilos de vida, além da entrevista motivacional, podem reduzir a frequência de uso de álcool.

A partir de uma revisão sistemática sobre a eficácia da intervenção breve em usuários de álcool, outro estudo internacional, realizado por O'DONNEL *et al.* (2014), concluiu que a intervenção breve pode ser considerada eficaz para abordar problemas de uso nocivo de álcool na APS. O autor destaca que a IB é uma intervenção de curta duração, que consiste em conscientizar os usuários sobre os efeitos negativos do comportamento de abuso de álcool, e busca a motivação para a mudança de comportamento. A APS pode ser considerada um espaço oportuno para aplicação dessa estratégia, visto que mantém vínculos com usuários, facilitando o monitoramento do comportamento de beber.

No entanto, a investigação destaca que apenas uma sessão de *feedback*, não pode ser considerada suficiente para uma mudança de comportamento, segundo o autor, as estratégias podem ser realizadas durante os atendimentos realizados por profissionais da ESF, pois requerem pouco tempo.

No entanto, não só a ESF, mas muitos outros serviços possuem dificuldades para implementação de estratégias de redução de danos. Tal situação pode estar relacionada às políticas públicas de drogas no Brasil, as quais possuem aspectos do discurso proibicionista, mas que, ultimamente, apresentam características relacionadas à redução de danos. Desse modo, a partir da década de 2000, a atenção ao usuário de álcool e drogas está orientada nessa perspectiva (ALVES, 2009).

Portanto, a coexistência de aspectos proibicionistas e relacionados à redução de danos, somada ao desconhecimento da equipe sobre o assunto, favorece a existência de uma miscelânea de diferentes modelos de análise do fenômeno, bem como práticas de saúde (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

Porém, esse nível de atenção ainda enfrenta muitas dificuldades para lidar com esses usuários, como mostra o estudo de Barros e Pillon (2007) o qual buscou investigar os problemas com drogas em um PSF de Araçatuba-SP, assim 61% dos entrevistados perceberam que os problemas relacionados ao uso de drogas estão presentes entre os agravos frequentes no PSF, porém 69,2% perceberam dificuldades consideráveis, 64% consideraram que têm pouco ajudado esses pacientes e 69% acharam que os usuários pouco se beneficiam da assistência oferecida no programa.

A invisibilidade das ações, com foco apenas na dimensão orgânica desenvolvida por equipes da APS pode estar relacionada ao fato dos usuários pouco se beneficiarem, pois o estudo realizado com jovens de uma cidade de Maceió revelou que o contato que usuários de drogas possuem com agentes comunitários de saúde está relacionado ao controle da dengue, ocasião na qual os agentes realizam visitas domiciliares para o controle da doença. Portanto, as práticas de saúde foram consideradas voltadas para a coletividade e distantes das necessidades dos jovens com histórico de abuso de drogas que preferem o cuidado de uma rede informal, através de conselhos de amigos e parentes (MARQUES *et al.* 2012).

Portanto, percebe-se que os agentes comunitários de saúde (ACS) reduzem suas práticas apenas a aspectos orgânicos; no entanto, estes profissionais são considerados figura estratégica para a atenção aos usuários de drogas, haja vista que conhecem as pessoas atendidas pela ESF e, por isso, são mais habilitados para identificar casos, realizar acompanhamentos por meio de visitas domiciliares,

dentre outras ações. Entende-se assim, que por estar em constante contato com a comunidade, o ACS favorece a produção de vínculos (SCHNEIDER, LIMA, 2011).

Contudo, o fato da APS focar suas ações na dimensão orgânica, em detrimento de questões sociais, como a problemática de drogas, pode estar relacionado ao estigma que acompanha usuários de drogas, principalmente o usuário de *crack*, assim, muitos ACS, por atuarem mais numa abordagem comunitária e por, geralmente, residirem no mesmo território de abrangência da ESF, sentem medo de abordar o assunto sobre o uso de drogas e serem vistos como informantes em casos de denúncias (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

Nesse contexto, os atendimentos realizados a esse público consistem no tratamento de sintomas, por meio de atendimentos rápidos que visam à estabilização do paciente, em detrimento da identificação e cuidado ao usuário (VARGAS; OLIVEIRA; LUÍS, 2010).

O receio da equipe em relação ao usuário de drogas dificulta o acesso desses sujeitos a serviços de saúde, pois ao temer serem estigmatizados pelos profissionais de saúde, por vezes, os usuários sequer buscam algum tipo de cuidado. Desse modo, esse problema configura-se uma barreira subjetiva para o acesso à saúde (FONTANELLA; TURATO, 2002).

Também existem barreiras para atendimento especializado, uma vez que são frequentes situações de desarticulação da APS com a rede de serviços, dificultando assim o acesso de usuários a serviços especializados. Mesmo quando a APS proporciona o acesso dos usuários a serviços especializados, há ainda falta de recursos territoriais, que dificultam a continuidade do cuidado. Desse modo, observa-se que a assistência aos usuários de drogas ainda é centrada em especialidades (SOUZA; PINTO, 2012).

Parte desses problemas apresentados pode estar associada ao fato da formação dos profissionais da APS ser voltada a práticas de reabilitação e bastante deficitária quanto ao uso de substâncias psicoativas. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de capacitar o profissional de saúde para atuar na prevenção, proporcionando o aprendizado da prática clínica para um cuidado que permita aos profissionais a identificação dos casos precocemente e a definição dos procedimentos, quando estes são confirmados (SOUZA; RONZANI, 2012).

Face ao exposto sobre a APS e o usuário de drogas, percebe-se que a ESF ainda enfrenta vários problemas que dificultam a atenção a este público.

Observa-se também que o estudo sobre o assunto tem apontado vários problemas referentes à APS, enfocando questões como acesso, cuidado e práticas clínicas, porém é necessário questionar se essas pesquisas, de fato, têm influenciado o serviço, no sentido de melhorar o atendimento a esse público, considerando questões como o acesso, as práticas clínicas e o cuidado.

Nesse sentido, não basta que sejam realizados vários tipos de pesquisa sobre o assunto, pois ainda persiste a dicotomia entre academia e serviços, ou seja, ainda se percebe uma distância entre o conhecimento produzido nas universidades e a prática profissional. Desse modo, no campo na saúde coletiva, repensar os modos de articulação entre conhecimento e prática permite aprimorar não apenas as intervenções relacionadas à saúde, mas possibilita também a colaboração com outros campos científicos que enfrentam a mesma questão (HARTZ, 1997).

Assim, o conhecimento não deve ser um fim em si mesmo, mas deve ser um recurso que permita não apenas a conscientização sobre o que está sendo estudado, mas, sobretudo, deve possibilitar a ação humana, pois deve haver um comprometimento do pesquisador com a transformação social (GONDIM, 2002).

A desarticulação entre academia e prática suscita outros problemas como os gastos despendidos com estudos que, geralmente, não repercutem nos serviços. Apesar dos recursos para Ciência e Tecnologia (C&T) no Brasil, estimados em 1,16% do PIB por ano, serem considerados baixos, comparados a países desenvolvidos, que destinam 3% do PIB para C&T, (SENADO, 2012), caso não haja retorno para a sociedade, a quantia empregada para esse fim pode ser considerada um grande desperdício.

Talvez pelas dificuldades de utilização de resultados de pesquisas, no período de 2000 a 2004, as principais agências financiadoras do sistema de C&T: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPQ) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) tiveram o seu orçamento reduzido (SENADO, 2012), quando o mais sensato seria buscar formas mais plausíveis de articular pesquisa e prática.

A importância da pesquisa em saúde sempre ocupou um lugar de destaque, estima-se que 50% dos esforços em saúde no país provêm de grupos vinculados às ciências da saúde; cerca de 25% provêm de grupos vinculados às ciências biológicas e os 25 % restantes de grupos das demais grandes áreas. Contudo, observa-se um afastamento entre o núcleo hegemônico de pesquisa em

saúde e as políticas de saúde, tal fato se reflete em um descompasso entre as temáticas de pesquisas e as necessidades de saúde da população (GUIMARAES, 2004).

Contudo, desde a década de 1980, vem se fortalecendo a ideia de que a pesquisa em saúde é uma importante ferramenta para a melhoria da situação de saúde das populações, uma vez que pode servir como subsídio para tomadas de decisões na definição de políticas e no planejamento em saúde. Essa ideia tem sido incentivada por organizações internacionais, principalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2008).

No Brasil, alguns esforços para evitar desperdícios com pesquisas e articular conhecimento científico com intervenções práticas estão relacionados à construção da Política Nacional de Saúde e da Política Nacional de Ciência e Tecnologia (C&T) e Inovação em Saúde. No entanto, ainda inexiste no Ministério da Saúde um sistema de gestão do conhecimento, para interação entre pesquisa e política, que integre edital, seleção de pesquisas, monitoramento e avaliação (ELIAS; PATROCLO, 2005).

Numa tentativa de buscar diminuir essa dicotomia entre academia e prática profissional, o estudo propõe avaliar as contribuições das pesquisas sobre usuários de drogas na Atenção Primária à Saúde, no que diz respeito ao cuidado, práticas, clínicas e acesso. Para avaliação das pesquisas em saúde, fazem-se necessários alguns esclarecimentos sobre avaliação em saúde.

A Avaliação em saúde representa uma estratégia para melhorar a eficiência do sistema de saúde, fornece, assim, informações e julgamentos para as tomadas de decisões. Os processos avaliativos podem ser realizados a partir de critérios e normas (normativa) ou por meio de abordagens qualitativas, e abrangem diferentes atores envolvidos naquilo que se pretende avaliar (CONTRADIPOULOS, 2006).

Desse modo, o processo avaliativo em saúde tem como principal finalidade aprimorar a capacidade de atenção, bem como oferecer melhor condição de saúde aos cidadãos (FELICIANO, 2005).

Nesse sentido, a avaliação pode ser um recurso na luta pela democratização da saúde, haja vista que a saúde passou a ser um direito do cidadão e dever do Estado, com o processo de Reforma Sanitária Brasileira (RSB),

consolidado com a construção do Sistema Único de Saúde e instituído pela Constituição de 1988 (SUS) (PAIM, 2008).

A avaliação se propõe a expressar um juízo; no entanto, não significa apenas a emissão de uma opinião, pois esta deve seguir procedimentos provenientes da investigação, ou seja, o processo deve estar embasado em um método. Desse modo, o juízo relacionado à avaliação deve ser argumentado.

Sobre a avaliação, é importante ressaltar que por se tratar de uma situação específica, não se propõe a generalização. Assim, o processo busca compreender determinado contexto que pode ser um serviço, uma política dentre outros, para em seguida, através de procedimentos metodológicos, expressar um juízo de valor. Os resultados da avaliação devem retroalimentar o sistema, ou seja, devem servir de base para a tomada de decisões (SEREPIONI, SILVA, NOLASCO, 2012).

Portanto, o presente estudo se propõe a avaliar as pesquisas através de procedimentos metodológicos, para então expressar um juízo de valor, de forma argumentada, sobre elas. Nessa perspectiva, os resultados de cada pesquisa avaliada serão importantes para nortear a avaliação, pois será investigado como os resultados repercutiram nos serviços nos quais foram realizados os estudos, caso tenham ocasionado alguma mudança. Contudo, será considerado o ponto de vista dos atores envolvidos nessa questão, como usuários dos serviços, trabalhadores e gestores.

A investigação será norteadada por pesquisas que envolvem usuários de *crack*, pelo fato desta droga estar, geralmente, associada a comportamentos agressivos e práticas criminosas, corroborando para uma visão preconceituosa sobre usuários desta droga, visto que esta, por si só, não causa a violência, nesse caso é necessário atentar para o contexto social de uso da droga (MINAYO; DESLANDES, 1998).

O *crack* é derivado da cocaína, sendo considerado o resultado da adição de bicarbonato de sódio e adulterantes ao cloridrato de cocaína. Ao ser aquecida, esta mistura transforma-se em um resíduo seco que é vendido na forma de pequenas pedras, que podem ser fumadas através de cachimbos, cigarros, e outros. O nome *crack* está associado ao barulho produzido na quebra dessas pedras (FERRI *et al.*, 1997).

Geralmente, o uso de *crack* está associado a situações de vulnerabilidades sociais, pois segundo Oliveira e Nappo (2008), o perfil dos usuários de crack é homem, jovem, de baixa renda, baixa classe econômica, baixo nível de escolaridade e sem vínculos empregatícios formais.

É comum também que os usuários de crack estejam inseridos em um contexto de vulnerabilidade programática, termo utilizado por Ayres *et al.* (2006), que se refere a recursos sociais necessários para proteção do indivíduo a riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social. Este tipo de vulnerabilidade ocorre, por exemplo, no caso dos usuários de drogas, em decorrência de resquícios das políticas proibicionistas, que demandam pouca ou nenhuma intervenção terapêutica, mas focam na criminalização dos usuários, configurando um contexto pobre em recursos comunitários que poderiam funcionar como suporte social (RAMIRO; PADOVANI; TUCCI).

No que se refere às possíveis intervenções relacionadas ao abuso de drogas, é importante ressaltar que no Brasil, a estratégia de redução de danos teve início em 1989, na cidade de Santos, cidade com elevado casos de AIDS, decorrentes do uso de drogas injetáveis. A iniciativa, desde o início, provocou polêmicas e resistências sob alegação de facilitar o consumo de drogas e de levar a gastos indevidos do dinheiro público. Contudo, a redução de danos foi considerada uma estratégia de saúde pública pelo Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), – criado na década de 1980, extinto e substituído pelo Sistema Nacional Antidrogas – (SISNAD) – em 1998, o COFEN aprovou tal estratégia, baseado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, cuja determinação é: a saúde é um direito de todos e dever do Estado, portanto, as políticas públicas e econômicas também devem abranger ações que busquem a melhoria da qualidade de vida dos usuários de drogas (MACHADO; BOARINI, 2013).

Contudo, embora a estratégia de redução de danos tenha conquistado espaço na agenda pública brasileira a partir da década de 1990, tornando o problema das drogas também uma questão de saúde pública, as políticas públicas devem, nesse sentido, construir estratégias voltadas à melhoria da qualidade de vida dos usuários. No entanto, percebe-se, na prática, que ainda há muitas dificuldades para a implementação ou mesmo compreensão dessa estratégia, fato que contribui para um contexto pobre de recursos relacionados à temática (MACHADO; BOARINI, 2013).

Ademais, o consumo dessa droga vem aumentando, pois a associação brasileira de psiquiatria, ao analisar dois levantamentos domiciliares nacionais, realizados em 24 cidades no Brasil (2001 e 2005), pelo Centro Brasileiro de Informações Psicotrópicas (CEBRID), compreende que o consumo de crack dobrou. De acordo com a análise dos levantamentos, a região sul é a mais atingida, aumentando assim o uso na vida de 0,5% para 1,1%, em seguida está a região sudeste, com 0,8%. Na região Norte, foi observado maior uso na vida de outra forma de cocaína fumada, a merla (1,0%) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012).

Além disso, os usuários possuem muitos problemas orgânicos decorrentes do uso de *crack*, como overdose, doenças cardiovasculares, problemas respiratórios, infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros agravos (PULCHERIO *et al.*, 2010) que podem levá-los a buscar a APS.

Diante do exposto, percebe-se que muitos estudos abordam a problemática, no entanto, na prática, observa-se que a ESF ainda possui muitas dificuldades quanto aos atendimentos de sujeitos em situação de uso de substâncias psicoativas.

Portanto, o estudo visa contribuir para a produção do conhecimento referente à temática do cuidado ao usuário de *crack*, na atenção primária. Além disso, a pesquisa também suscita discussões em torno das contribuições das pesquisas em saúde, visando diminuir a dicotomia entre academia e prática.

Como pressupostos, utilizam-se:

**Primeiro pressuposto** – O deslocamento do modelo de assistência em saúde mental da instituição para comunidade possibilitou que serviços de atenção primária à saúde fossem vistos como integrantes da rede de atenção ao usuário de drogas, porém observa-se que os profissionais desses serviços não reconhecem que este problema seja uma demanda de APS.

**Segundo pressuposto** – A academia está envolvida em responder às questões que abrangem o cuidado aos usuários de drogas na APS, porém, muitas vezes, não há a preocupação em dialogar com os atores envolvidos na pesquisa, sobre os resultados desses estudos, para que estes possam nortear suas atitudes e práticas diante dos usuários de drogas, revelando assim um distanciamento entre as pesquisas acadêmicas e a assistência nos serviços.

**Terceiro Pressuposto** – Não se pode responsabilizar apenas a academia pela distância existente entre teoria e práticas de saúde, pois, muitas vezes, os serviços dificultam a realização das pesquisas. Muitos profissionais preferem não participar dos estudos, seja por receio de serem avaliados ou pela sobrecarga de trabalho que os impede de participar de outras atividades.

## .2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Avaliar o conhecimento científico produzido sobre a temática relacionada ao usuário de *crack* e sua aplicabilidade na APS no município de Fortaleza.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Analisar, através da literatura científica brasileira, as pesquisas sobre a temática relacionada ao usuário de *crack*, no que diz respeito ao acesso, às práticas de saúde e ao cuidado na APS.
- Descrever as práticas de cuidado existentes na APS, ofertadas pelos trabalhadores de saúde na rede de APS, destacando a relação profissional usuário.
- Analisar, por meio da percepção de gestores e profissionais, como a produção científica pode se articular com a prática, considerando o cuidado aos usuários de *crack* na APS.
- Analisar a aplicabilidade dos resultados das pesquisas, relacionadas ao usuário de *crack*, em relação às políticas, à gestão e às práticas profissionais da APS nos cenários pesquisados.

### 3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

#### 3.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O conceito de avaliação, atualmente, está sendo discutido por muitos autores, agrupando realidades múltiplas e diversas; no entanto, essa atividade é antiga, e considerada inerente ao processo de aprendizagem (HARTZ, 1997).

As práticas de saúde podem ser vistas como objeto de avaliação em várias de suas dimensões, considerando o cuidado individual, os níveis mais complexos de intervenção e avaliação, bem como as políticas, os programas, serviços ou sistemas. Além disso, a avaliação em saúde está associada à possibilidade de articulação entre as práticas de saúde e as necessidades de uma determinada população, no sentido de proporcionar uma melhoria no quadro sanitário (KRAUSS-SILVA, 2004).

As correntes ideológicas e filosóficas relacionadas à avaliação surgiram no século XVIII, na Grã-Bretanha e na França. Contudo, tal processo se instituiu como prática e estratégia de governo no período compreendido entre a Grande Depressão nos Estados Unidos e a Segunda Guerra Mundial, período em que surgiu a preocupação em acompanhar as políticas públicas implementadas e solucionar problemas existentes (CRUZ, 2011).

A avaliação em saúde surgiu a partir da preocupação dos gestores com a limitação de recursos destinados à saúde, principalmente, após a Segunda Guerra Mundial, quando aumentou a demanda por saúde, bem como os gastos advindos do desenvolvimento de novas tecnologias no setor. Nesse contexto, emergiu a necessidade de avaliação dos custos relacionados a novas tecnologias e práticas de saúde, pois a utilização de práticas sem uma prévia avaliação levava a consequências desastrosas (LIMA; SILVA, 2011).

A partir dos anos 1990, a atividade avaliativa ampliou-se, impulsionada pela política neoliberalista vigente no Brasil naquela década. Desse modo, havia a redução da participação do Estado nas áreas sociais, sendo necessária uma análise da eficácia dos investimentos, além disso, essa análise era também uma exigência de organismos internacionais que financiavam projetos sociais (ASSIS *et al.*, 2007).

A avaliação enquanto campo conceitual e de trabalho ainda não está bem definida, uma vez que o papel do avaliador necessita de clareza, e os conceitos da

área são utilizados de formas diferentes, ademais muitos conceitos estão sendo criados, ocasionando uma grande diversidade terminológica. Essa diversidade acerca dos conceitos indica riqueza de campo, contudo também ocasiona dificuldades para a compreensão do tema (PATTON, 1982).

A atividade avaliativa consiste na realização de um julgamento de valor a uma intervenção através de um processo que seja capaz de produzir informações científicas relacionadas a ela. Na prática avaliativa é importante que o julgamento possa levar a uma transformação da realidade, ou seja, os resultados do processo avaliativo devem orientar as instâncias de decisões (CONTRADIPOULOS, 2006).

Na concepção de Weiss (1983), a avaliação consiste em uma análise sistemática da operação ou dos resultados do programa, comparada a um conjunto de critérios explícitos ou implícitos. Desse modo, o objetivo seria contribuir para o aprimoramento do programa ou da política.

Nesse sentido, a avaliação consolidou-se como uma prática de intervenção política no Estado, nos sistemas, serviços, programas e projetos políticos sociais, visto que tal processo surgiu da necessidade de acompanhamento das políticas implementadas e resolução dos problemas existentes. Recentemente, o campo da avaliação apresenta-se em crescimento e transformação, incorporando influências de distintos saberes, como as ciências sociais, a economia, a pesquisa clínica e epidemiologia e direito (CRUZ, 2011).

Ao longo da história da avaliação, esse processo transforma-se a partir de simples atividades de medição até processos mais complexos ancorados em informações qualitativas. Guba e Lincoln (1989) analisam o surgimento da avaliação até o momento atual e dividem a história da avaliação em quatro etapas, conhecidas como gerações de estudos de avaliação. Assim, a primeira geração centra-se na construção e aplicação de instrumentos e medidas para avaliar os beneficiários de uma intervenção e está relacionada à mensuração. A segunda possui como foco a descrição da intervenção, marca o surgimento da avaliação de programas e relaciona-se à descrição. A terceira geração é de abordagem descritiva orientada para objetivos, está relacionada a julgamento. A quarta geração está relacionada a um método mais participativo e amplo do processo de avaliação, pois envolve a participação de todos os atores envolvidos no objeto avaliado, bem como a negociação entre eles (GUBA; LINCOLN, 1989).

Essa delimitação das gerações no processo avaliativo permite a observação de mudanças teórico-conceituais e políticas que influenciaram na construção desse campo. Essas mudanças evidenciam uma diversidade de eixos teóricos que foram construídos ao longo do tempo, revelando também grandes tensões do campo (CRUZ, 2011).

Sobre os objetivos da avaliação, é importante salientar que são numerosos, porém aqueles considerados oficiais são de quatro tipos: estratégico, formativo, somativo e fundamental. O objetivo estratégico consiste em ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; o formativo visa fornecer informações para melhorar uma intervenção no seu decorrer; o somativo pretende determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida; e o fundamental contribui para elaboração de material teórico, ou seja, para a produção de literatura sobre o assunto (CONTRADIPOULOS *et al.*, 1997).

O sucesso de uma avaliação pode ser percebido pelas possibilidades de utilização de seus resultados, pois, de acordo com Patton (1997), “os resultados da avaliação deveriam ser julgados pela sua utilidade” (p. 20). Nesse sentido, a avaliação ganha importância na medida em que disponibiliza resultados possíveis de serem utilizados de alguma forma.

Dentre as várias possibilidades de analisar e organizar os processos avaliativos no que se refere a vários aspectos, Figueiró *et al.* (2012) ressaltam que os modos como os estudos avaliativos podem ser utilizados e influenciar gestores e demais envolvidos nas intervenções podem ser sintetizados da seguinte forma:

Quanto aos usos da avaliação, as investigações podem ser: instrumental (para orientar a política e a prática); ou conceitual (para gerar novas ideias ou conceitos que tenham importância na construção de sentidos no que se refere ao cenário político); ou político/simbólico (para justificar preferências e ações preexistentes). Em relação aos tipos de influência, podem ser de fonte (voltada para processo ou resultado); intenção (pode ser prevista ou inesperada). No que se refere ao tempo, podem ser: imediato, por ciclos ou de longo prazo. Quanto ao nível de influência da avaliação, podem ser: individual (aquisição ou aprimoramento de atitudes, habilidades e condutas pelos envolvidos na pesquisa); ou interpessoal (persuasão de pares, reconhecimento ou aprimoramento de lideranças); ou coletivo

(incorporação da cultura e dos achados das avaliações na agenda política da organização).

Entre os aspectos envolvidos na utilização das avaliações, identificam-se os modos de produção do conhecimento: disciplinar: relacionado ao meio acadêmico, nesse caso o conhecimento científico é produzido no âmbito das disciplinas e com o respaldo da revisão de pares; e contextualizado, no qual se enfatizam os resultados práticos do conhecimento para a solução de problemas críticos; e a utilização com foco na utilidade, que pressupõe o envolvimento dos “*stakeholders*” (partes envolvidas), ocasionando mudanças de pensamento, comportamento e organizacionais, como resultado da aprendizagem ocorrida durante o processo avaliativo (FIQUEIRÓ, 2012).

Muitos autores também destacam a avaliação normativa e formativa. De acordo com Hartz (1997), a avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutural), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas. Os critérios e normas relacionados às pesquisas normativas podem ser oriundos dos resultados da pesquisa avaliativa ou de outros tipos de pesquisa, fundamentados no julgamento de pessoas bem informadas ou *experts* na área.

As intervenções que podem ser objeto de avaliação normativa vão desde medicamento, um programa de saúde, um ato médico até uma organização (SOUZA; SCATENA, 2009).

Um exemplo de avaliação normativa pode ser o processo avaliativo de implantação das equipes de saúde da família, realizado pelo Ministério da Saúde, no período de 2001 a 2002, por meio do Departamento de Atenção Básica. O estudo buscou caracterizar o processo de implantação das equipes de saúde da família e saúde bucal no Brasil, quanto à infraestrutura, gestão e processo de trabalho, tendo como base os princípios e diretrizes do PSF no País (BRASIL, 2004).

Nesse estudo, os entrevistadores eram profissionais de saúde ou afins, com curso superior e conhecimento da estratégia de saúde da família, indicados pelas coordenações estaduais do Programa Saúde da Família e coordenações dos polos de capacitação. Evitou-se que os entrevistadores realizassem o trabalho em seu próprio estado. Para a coleta de dados, utilizaram-se entrevistas, questionários e observações.

A avaliação normativa, por auxiliar os gerentes a preencher suas funções habituais, pode ser realizada por aqueles que são responsáveis pelo funcionamento e pela gestão da intervenção, portanto, deve fazer parte das atividades de rotina de um gerente. Já a pesquisa avaliativa não pode ser realizada pelos responsáveis pela intervenção, pois exige uma perícia metodológica e teórica importante, por isso, geralmente, os pesquisadores a executam (HARTZ, 1997).

A avaliação formativa pode ser compreendida como uma intervenção que visa garantir que inovações sejam implementadas com fidelidade ao modelo em que foram propostas. A peculiaridade dessa avaliação está no fato de que as lições aprendidas durante todo o processo de implantação possam gerar propostas de soluções que viabilizem a garantia de replicação de outras iniciativas com as adequações necessárias (BRIDIS *et al.*, 1999).

Nesse sentido, a avaliação formativa é realizada com a finalidade de aperfeiçoar um programa no curso de uma avaliação, esse tipo de avaliação pode envolver a participação de gestores ou sujeitos relacionados ao fenômeno em avaliação (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Os processos avaliativos também costumam ser discutidos a partir de aspectos como Estrutura, Processo e Resultados. Nesse sentido, Silva (2012), com base com na tríade de Donabedian (1980), discute a avaliação, considerando esses três aspectos principais.

O estudo da estrutura está relacionado à avaliação institucional, abrangendo a avaliação dos elementos estáveis da instituição e das características necessárias ao projeto assistencial. Nesse caso, são avaliados a área física, recursos humanos, materiais e financeiros, incluindo capacitação profissional e a organização de serviços (SILVA; FORMIGLI, 1994).

A análise do processo toma por base o indivíduo e a população. Desse modo, realiza-se uma analogia entre as normas estabelecidas e os procedimentos empregados, descrevem-se as atividades prestadas na assistência, a competência médica no cuidado ao problema e os aspectos éticos na relação entre profissionais e pacientes durante todo o período do atendimento, desde a busca do serviço de saúde até o diagnóstico e o cuidado (REIS *et al.*, 1990).

A avaliação de resultados pode ser vista como um parâmetro da qualidade do serviço, pois nessa etapa verificam-se mudanças relacionadas ao

conhecimento e comportamento, no estado de saúde do paciente, e as consequências e efeitos obtidos no cuidado da população (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Contudo, essas abordagens devem ser analisadas em conjunto, pois estão relacionadas entre si, assim, a estrutura física e organizacional tem impacto direto na qualidade do processo, o qual também irá impactar na melhora dos resultados (BRASIL, 2007).

Ao considerar e analisar a diversidade das escolas que estudam a avaliação, Serapioni (2009), apesar de encontrar muitas divergências, consegue identificar três aspectos fundamentais sobre avaliação, os quais serão discutidos a seguir.

O primeiro aspecto destacado é o fato de que há um consenso de que a avaliação é uma atividade de pesquisa. Nesse sentido, a avaliação utiliza as mesmas técnicas e os métodos adotados pela pesquisa social, portanto possui a mesma “rigoriedade” e “debilidade” do conhecimento produzido cientificamente.

A segunda questão ressaltada pelo autor é a preocupação com a finalidade e, principalmente, com a utilidade dos resultados das avaliações, uma vez que a necessidade de aumentar o seu valor de uso justifica-se por favorecer os processos de tomada de decisão.

O terceiro ponto observado pelo autor é o reconhecimento do pluralismo de valores (avaliar, significar, julgar) e da importância, portanto, de incluir distintos pontos de vista e grupos de interesse no processo avaliativo. Inclusive, diferentes metodologias podem ser utilizadas no processo.

No que se refere à utilização de metodologias, Serapioni (2012) afirma que podem ser utilizadas uma multiplicidade de métodos e perspectivas de análise para identificar e implementar soluções adequadas. O autor discute que dada a diversidade de dimensões que envolvem a saúde, há necessidade de utilização de métodos qualitativos e quantitativos, no entanto, a natureza da própria investigação irá definir qual a melhor abordagem a ser utilizada. Além disso, os dados quantitativos e qualitativos podem ser combinados quando o estudo busca elucidar aspectos complementares de um mesmo fenômeno.

Contudo, o debate e a contraposição entre as duas abordagens ainda não foram superados e datam da fundação das ciências sociais. De fato, as abordagens qualitativa e quantitativa trabalham com realidades diferentes, a primeira trabalha com dados, indicadores e tendências; a segunda investiga valores, crenças,

representações, hábitos, atitudes e opiniões, no entanto esforços têm sido desenvolvidos no sentido de superar essa contradição, demonstrar a importância de ambas e buscar a complementaridade (SERAPIONI, 2000).

Serapioni e Silva (2011), ao realizar uma análise da literatura sobre o conceito de qualidade em saúde, discute que o termo é complexo e polivalente. O autor pontua que a complexidade da qualidade em saúde depende de uma concepção de saúde que considera a integralidade biopsíquica, incluindo também aspectos espirituais, relacionais e sociais; essa complexidade também é reforçada pela diversidade de atores envolvidos no sistema de saúde; além disso, a análise da qualidade também depende do caráter intrinsecamente multidimensional do conceito de qualidade; há ainda um amplo componente de trabalho imaterial com acentuada personalização e relacionalidade, bem como aspectos contextuais históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais.

Minayo (2010, p. 57) discute que cada um dos dois tipos de método tem o seu papel, seu lugar e sua adequação. Contudo, ambos podem levar a resultados importantes sobre a realidade social, portanto não há sentido em atribuir prioridade de um sobre o outro. Desse modo, embora haja um questionamento em relação à cientificidade das abordagens qualitativas, pelo fato de não trabalharem com fatos observáveis, os métodos qualitativos são tão rigorosos quanto os quantitativos.

Portanto, do ponto de vista epistemológico, nenhuma das abordagens pode ser considerada mais científica que a outra. Assim, a abordagem qualitativa não pode ser reduzida à expressão de opiniões e pode ser empregada para aprofundar dados obtidos qualitativamente, assim como pode orientar estudos quantitativos (MINAYO; SANCHES, 1993).

A articulação de enfoques qualitativo e quantitativo no campo da avaliação permite uma investigação mais ampla e multidimensional. Essa articulação contempla a complexidade de objetos da avaliação como organização do trabalho; eficiência e efetividade na prestação de serviços; processo saúde-doença; interação usuário-profissional e outros, contemplando, assim, ações e resultados como interação dos sujeitos envolvidos (PEDUZZI, 2000).

Desse modo, em um contexto em que se percebem as limitações das abordagens quantitativas e da necessidade de utilização de outras investigações mais amplas, há a emergência do enfoque construtivista, que se destaca pela busca do conhecimento do contexto onde a avaliação está sendo realizada. Além disso,

também propõe que os diversos atores envolvidos em uma avaliação, inclusive os usuários, participem desse processo, tornando-o mais democrático (GUBA; LINCOLN, 1989).

Nesse sentido, são observados estudos com enfoque quantitativo e qualitativo, como o estudo de Serapioni e Silva (2011), cujo objetivo consistiu em avaliar a qualidade da atenção das equipes de Saúde da Família do Ceará, adotando um modelo de análise multidimensional fundamentado nas elaborações teórico-metodológicas de dois autores: Donabedian e Jonh Ovretveit. O estudo caracterizou-se como pesquisa avaliativa e constituiu-se em um estudo de casos múltiplos. O estudo de caso utilizou uma abordagem quanti-qualitativa e diversos recursos para a coleta, o processamento e a análise dos dados.

Outro aspecto a ser destacado nas avaliações, de acordo com Arretche (1998), é que não há a possibilidade de qualquer modalidade de avaliação ou análise de políticas públicas ser apenas instrumental, técnica ou neutra; desse modo, a pretensa objetividade passa a ser limitada pelos vários recortes produzidos pelo investigador.

Assim sendo, a questão ética do possível viés do pesquisador deixa de implicar busca por neutralidade pura e simplesmente, mas a busca por uma clareza da posição e da relação que se estabelece com o objeto investigado, haja vista que a avaliação pode ser considerada uma construção de sentidos diante de uma realidade complexa (FINKLER; DELLÁGLIO, 2013).

Portanto, considerando as práticas de saúde, percebe-se a importância de avaliação na área da saúde; no entanto, também é necessário que esses processos ocorram de forma contínua. As avaliações sistemáticas tornam-se necessárias a partir do momento em que o SUS torna-se alvo de questionamentos sobre sua eficiência e efetividade, a partir de um contexto caracterizado por: mudanças em procedimentos legais e administrativos na Gestão do SUS; processo de descentralização das responsabilidades; maior complexidade do perfil epidemiológico do país e exigências cada vez maiores pelo controle de gastos. Assim surge o interesse em avaliar as políticas, programas e serviços de saúde no Brasil (CARVALHO *et al.*, 2012).

A avaliação como processo sistemático e contínuo que produza informações sintéticas em tempo eficaz, culminando com uma intervenção

estratégica, permite, pois, a realização de observação, medição e avaliação contínua de determinado processo (GARCIA, 2011).

### **3.1.1 Avaliação na prática da gestão**

A avaliação contínua na prática da gestão permite aos gestores tomar decisões mais eficazes, ou seja, que realmente atendam às necessidades das populações, a partir de informações seguras. Essa avaliação sistemática também permite um sistema mais equitativo, justo e eficiente, na medida em que permite aos atores do SUS a participação neste processo (BRASIL, 2013).

Porém, mesmo com avanços relacionados ao aumento de pesquisas acadêmicas referentes à avaliação de serviços de saúde e com a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas com objetivo de nortear políticas e programas, as avaliações orientadas para a necessidade da gestão ainda possuem muitas limitações, pois as diretrizes políticas que orientam esse processo são insuficientes, há diversidade de orientações sobre prática, além disso, os resultados são pontuais e restritos (FELISBERTO, 2006).

Nesse sentido, para que a avaliação possa nortear a gestão, orientando as tomadas de decisões, é necessário que haja condições para realização de um processo avaliativo realmente crítico, através da implementação de estratégias que favoreçam a formação, o aprendizado, o debate e a reflexão, haja vista que avaliação significa instrumentalizar a gestão, ou seja, produzir informações e julgamentos necessários para melhorar o desempenho do SUS (CONTRADIPOULOS, 2006).

A pergunta que norteia a avaliação para gestão decorre do desconhecimento sobre determinados aspectos da operacionalização de um programa ou intervenção específica. Este tipo de avaliação justifica-se pelo fato de produzir informações que auxiliem o gestor a planejar e decidir sobre a manutenção de determinado programa (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Para Pisco (2006), a avaliação para subsidiar as práticas em saúde significa substituir a gestão baseada em opiniões para uma gestão embasada em fatos. Desse modo, avaliar não consiste apenas em conhecer os diversos aspectos de uma determinada situação, pois a avaliação deve ocasionar a mudança da realidade, a partir dos resultados desse processo.

Contudo, os sujeitos envolvidos no contexto da avaliação, por não compreenderem que o processo visa sempre a uma melhoria, sentem-se ameaçados. Nesse sentido, o avaliador deve deixar claro qual é o objetivo da avaliação (PATTON, 1997).

A avaliação como prática sistemática não deve ser vista como ameaça, mas sim como um incentivo para que os serviços cumpram padrões mínimos de qualidade. A preocupação com a qualidade no serviço público, o qual possui o estigma de não apresentar qualidade, é fundamental para obtenção de melhorias efetivas nos cuidados prestados (PISCO, 2006).

A avaliação é, pois, fundamental para o planejamento em saúde. Assim, um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, com o objetivo de atender às demandas dos usuários, ocasionando uma maior racionalidade dos recursos (SANTOS; MERHY, 2006).

### **3.1.2 Abordagens participativas – Avaliação de quarta geração**

Dentre as abordagens qualitativas, destacam-se aquelas com enfoque participativo, as quais nortearam o presente trabalho e destacam-se por objetivarem envolver os atores no processo de avaliação, a fim de aprimorar o processo, bem como evitar ou diminuir eventuais efeitos negativos relacionados ao resultado de uma avaliação. Essas abordagens estão ancoradas em um paradigma construtivista que busca dar conta de uma realidade que não pode ser mensurada, complementando assim abordagens quantitativas (FURTADO, 2001).

Tal processo envolve as reivindicações, preocupações e questões de todos os envolvidos no objeto de avaliação. Assim, nesse tipo de avaliação, não será considerado apenas quem encomendou a avaliação, mas também haverá a inclusão de preocupações daqueles que podem correr riscos associados aos resultados da pesquisa (GUBA; LINCOLN, 1989).

Trata-se de um modelo de avaliação considerado participativo, proposto por Guba e Lincoln (1989) e adaptado por Wetzel (2005). A avaliação participativa apoia-se no paradigma construtivista e, por isso, vai além da descrição dos fatos, abrangendo, portanto, aspectos humanos, físicos, psicológicos, políticos, sociais, culturais e contextuais. Portanto, a avaliação participativa busca a inclusão dos grupos de interesse em todo o processo de avaliação, bem como o compromisso

com a utilização dos resultados da avaliação. Nesse sentido, a negociação torna-se o elemento mais importante nesse tipo de avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989).

Desse modo, observa-se que a avaliação participativa considera o contexto social e também todos os atores envolvidos no processo avaliativo. Assim sendo, os resultados da avaliação não podem ser vistos como “verdades absolutas”, pois representam sentidos construídos pelos vários atores envolvidos nas situações em que se encontram. No entanto, esse sentido também não pode ser considerado definitivo, pois é criado por meio de um processo interativo que envolve o avaliador, bem como os vários grupos de interesse ou interessados. Desta forma, para que todos os envolvidos possam participar da avaliação, deve haver um processo de negociação, para que interesses de certos grupos não se sobreponham a outros, a fim de tornar o processo mais realista e democrático (GUBA; LINCOLN, 1989).

Nesse prisma, a avaliação deve caracterizar-se como processo, ser sensível ao meio, compreensiva e abranger as diferentes construções de grupos de interesses envolvidos no processo avaliativo. Desse modo, cada avaliação deve ser também construída e direcionada para o contexto específico em que será utilizada (FURTADO, 2001).

A avaliação participativa possui enfoque responsivo, no qual as definições das perguntas que devem ser realizadas e das informações a serem coletadas estão de acordo com os grupos de interesse. Ademais, esse tipo de avaliação é implementada por meio de pressupostos metodológicos do paradigma construtivista (GUBA; LINCOLN, 1989).

Dentre os objetivos da avaliação participativa, destacam-se: evidenciar as diferentes percepções e questões dos grupos envolvidos, capacitar e promover o desenvolvimento dos envolvidos, e criar espaços de negociação para a construção comum de mudanças. Este processo de negociação é chamado por Guba; Lincoln, (1989) de processo “hermenêutico dialético”, pois para os autores o processo é hermenêutico ao possuir caráter interpretativo e dialético, por envolver comparação e contraste de diferentes pontos de vista.

Para a coleta de dados, são formados três grupos, divididos de acordo com o interesse no objeto de avaliação. O primeiro grupo a ser interpelado é escolhido a partir da posição estratégica que ocupa em relação ao objeto da avaliação, em seguida são feitas as primeiras construções em torno do tema, para servir então de base para o próximo grupo. O segundo grupo a ser trabalhado

deverá ser indicado pelo grupo trabalhado anteriormente, por meio do questionamento sobre qual grupo pensa diferente. Finalmente, o terceiro grupo será trabalhado. Durante os processos grupais, podem ser considerados para fomentar a discussão dados provenientes de observação, da análise documental, da literatura, entre outros (GUBA; LINCOLN, 1989).

No âmbito do SUS, talvez devido à pluralidade de conceitos e práticas relacionadas à avaliação, tal prática ainda necessita se fortalecer e ser incorporada às práticas dos serviços de saúde. Quando a avaliação ocorre, geralmente, adota-se um caráter prescritivo, burocrático e punitivo para subsidiar a gestão. Portanto, a avaliação ainda não pode ser considerada como uma prática que contribui para processos decisórios (BRASIL, 2003).

### **3.1.3 Avaliação focada na utilização**

A avaliação com foco na utilização começou a ser discutida em um contexto em que as avaliações realizadas nos Estados Unidos, na década de 60, demonstravam escassa capacidade de influenciar as decisões e os programas sociais do governo (SERAPIONI, 2009).

Por outro lado, Stufflebeam, em 1996, ressaltou que a intenção de uma avaliação não deve limitar-se apenas a provar algo, visto que possui um objetivo maior que é melhorar, de alguma forma, aquilo que está em avaliação, nesse sentido deve ser considerada como uma atividade articulada ao processo de tomada de decisão. Trata-se, portanto, de uma ferramenta para aprimorar os programas com vista a responder às necessidades dos beneficiários (SERAPIONI, 2009).

Nesse sentido, uma avaliação com fins apenas de provar algo, ou fornecer um panorama sobre o fenômeno em avaliação não será de muita utilidade, caso os resultados não sejam aplicados de forma a melhorar a efetividade daquilo que está em avaliação.

Ao buscar um caminho para o desafio da utilização dos resultados, Patton (1997) propõe a avaliação com foco na utilização, oferecendo tanto uma filosofia da avaliação quanto uma estrutura prática para desenvolvê-la e conduzi-la. Nessa perspectiva, o autor percebe a avaliação como processo criativo de fazer a audiência perceber aquilo que não está perceptível, o autor também discute sobre

como as avaliações podem ser delineadas para que seus resultados sejam, de fato, utilizados e facilitem as tomadas de decisão.

Na avaliação com foco na utilização, Patton centra seus esforços em identificar estratégias de realizar avaliações que facilitem o uso dos seus resultados por parte dos gestores (SILVA, 2009).

Nesse sentido, a avaliação deve funcionar como um recurso de mudança dentre outros dispositivos possíveis dentro do universo de possibilidades, para interferir na renovação de serviços e programas que estão sendo avaliados (FURTADO, 2001).

De acordo com Patton (1997), os avaliadores devem facilitar o uso dos resultados das avaliações. Nesse sentido, o avaliador necessita pensar nas possibilidades de uso dos resultados, desde o início da avaliação, período de planejamento, até o fim do processo, período de implementação de resultados. Dessa forma, esse tipo de avaliação busca uma maneira real e específica de uso ao invés de uma maneira geral e abstrata de potencial de uso.

Contudo, a responsabilidade pela implementação dos resultados não deve ser deixada apenas para o avaliador, haja vista que a avaliação irá embasar a tomada de decisão. Assim, o trabalho avaliativo deverá ser articulado em todas as etapas com os responsáveis pela tomada de decisão, porém, o avaliador deve agir de acordo com a sua ética de avaliador (PATTON, 1997)

O autor estabelece uma importante diferença entre programa de avaliação e pesquisa em avaliação. A primeira está relacionada à descoberta de novo conhecimento, à testagem de teorias, estabelecimento de verdades e generalizações. Por outro lado, o programa de avaliação busca prover informações para a tomada de decisões, clarificação de objetos, promover melhoria em programas ou políticas em um determinado contexto ou espaço (PATTON, 1997)

Patton (1997) ressalta que a maioria das falhas no processo avaliativo está relacionada à distância entre o avaliador e os sujeitos que fazem parte do contexto de avaliação. Por isso, o autor destaca que o avaliador deve estar em contato frequente com os prováveis sujeitos que utilizarão os resultados da pesquisa, para juntos identificarem os aspectos críticos que demandam avaliação.

O autor também destaca que o avaliador deve explicar, de forma simples, o que é avaliação e o que ela pode fazer aos sujeitos denominados “*stakeholders*”,

ou seja, as partes envolvidas, para que não haja crenças ou expectativas que não correspondam à realidade e atrapalhem o processo.

Serapioni (2009), com base em Patton, discute que, principalmente, aqueles que encomendaram a avaliação devem ser envolvidos nas diferentes etapas dela, uma vez que estando implicados no processo, os sujeitos demonstram mais motivação para aplicar os resultados da investigação.

Além disso, a aproximação entre o avaliador e os tomadores de decisão possibilita ao avaliador conhecer, de forma concreta, os aspectos que necessitam de avaliação, caso contrário o avaliador pode ficar desorientado e realizar uma avaliação geral e abstrata do contexto, dificultando bastante as possibilidades de uso dos resultados (PATTON, 1997).

### 3.2 POLÍTICAS DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE X POLÍTICAS DE SAÚDE

Segundo Motoyama *et al.* (2004), há muitas lendas e mitos relativos à história da técnica, tecnologia e da ciência no Brasil, pois a sociedade brasileira costuma imaginar que o Brasil não possui tradição em pesquisa e que tal atividade não é para países subdesenvolvidos, devendo ser realizadas por estrangeiros, naturais do Hemisfério Norte, supostamente os detentores do pensamento científico e habilidade tecnológica.

De acordo com o autor, esta lenda pode não parecer tão descabida, pois ao longo dos cinco séculos de “descobrimento” do Brasil, os grandes eventos tecnocientíficos pareceram, pelos menos, em um primeiro momento, muito distantes da nossa realidade, uma vez que não foi no Brasil que ocorreram as grandes transformações na ciência e na tecnologia, tampouco os grandes nomes da área científica abrangem os brasileiros. De fato, o país se desenvolveu em um contexto colonial e de dependência, agravado pela economia baseada no regime escravocrata, a cultura brasileira moldou-se no âmbito do retórico e do literário, não se ocupando muito das questões de C&T. Contudo, isso não significa que não houve manifestações brilhantes de aptidão técnica e científica.

Nesse sentido, destacam-se os trabalhos de Bartolomeu e Gusmão, que inventaram o aeróstato no século XVIII; de José Bonifácio de Andrade e Silva, que realizou investigações reconhecidas internacionalmente na área da mineralogia, no

século XIX; do padre Roberto Landell de Moura, que patenteou o rádio no começo do século XX (MOTOYANA et al., 2004).

Ademais, os brasileiros enviados a Portugal para estudar, em nada se mostraram inferiores aos cientistas europeus, pois os pesquisadores brasileiros mostravam-se informados das mais modernas teorias filosóficas e científicas do Iluminismo. Ao tomar por base texto de produção historiográfica é possível perceber que vários autores brasileiros não apenas absorviam ideias alheias, como produziam pensamento científico brasileiro (BELENS; PORTO, 2009).

Contudo, a produção organizada de ciência no Brasil pode ser considerada recente, pois apesar de algumas descobertas realizadas desde o Período Colonial, a Coroa portuguesa evitou a organização de universidades na colônia. Desse modo, as atividades de pesquisas eram realizadas em institutos públicos de pesquisa, mais antigos que as universidades. A organização da estrutura de pesquisa no Brasil, oficialmente, começou com a fundação da Universidade de São Paulo, em 1934 (CHAIMOVICH, 2000).

Contudo, foi no contexto do final da Segunda Guerra mundial que ocorreram iniciativas de institucionalização do parque brasileiro de ciência e tecnologia, quando o país passava por um momento de substituição de exportações e pelo fortalecimento da industrialização. Assim, inicialmente, foram criadas duas agências de fomento à pesquisa científica: o CNPq (Conselho Nacional de Pesquisa) e a FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo), também foi instituído um centro de pesquisa com perfil de laboratório nacional, o Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas (CBPF), que acabou assumindo um perfil de pesquisas acadêmicas (GUIMARÃES, 2002).

Nesse sentido, foi criado, em 1985, por meio do Decreto nº. 91.146/1985, o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), órgão da administração direta, encarregado de estabelecer a política nacional de pesquisa científica, tecnológica e inovação, bem como de planejar, supervisionar e controlar as atividades de ciência e tecnologia. Com a incorporação das duas mais importantes agências de fomento do país – FINEP e CNPq – e de suas unidades de pesquisa, o novo ministério passou a coordenar a Política Nacional de Ciência e Tecnologia (PNCTI) (GRANATO, 2009).

A produção de conhecimento científico está pautada na Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), que é parte integrante da Política Nacional em Saúde, formulada no âmbito do SUS. De acordo com o artigo

200, inciso V, da Constituição Federal, dentre as competências do SUS está a incrementação do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação (BRASIL, 2008).

Contudo, as políticas de fomento, no Brasil, buscaram preencher todas as lacunas temáticas relacionadas às pesquisas, sendo os recursos ofertados baseados, exclusivamente, por mérito, e não pelas relevâncias das pesquisas. Outra característica do parque científico e tecnológico brasileiro é a concentração regional, haja vista que a Universidade de São Paulo (USP) titulóu 37,4% de todos os pesquisadores que obtiveram doutorado no País e estavam ativos em 2000 (GUIMARAES, 2002).

Na década de 1990, o tema pesquisa em saúde começou a ser discutido no cenário internacional e nacional, impulsionado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim, questionava-se sobre o impacto das pesquisas na situação de saúde da população, e refletia-se sobre a possibilidade das pesquisas financiadas responderem às necessidades de saúde da população e aos problemas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, o movimento sanitário brasileiro se articulava para pleitear a formulação de uma política nacional de ciência e tecnologia em saúde (OLIVEIRA, 2008).

Nesse processo, algumas estratégias foram importantes, como a criação da Coordenadoria Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, vinculada ao Ministério da Saúde, que organizou a I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, realizada em Outubro de 1994, configurando-se como base para a formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Em seguida, foi criada a Secretaria de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (SCTIE), em 2003, contando com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECT), com o objetivo de avaliar a Política de Ciência e Tecnologia em Saúde, com base nas demandas da Política Nacional de Saúde e na observância dos princípios e diretrizes do SUS (OLIVEIRA, 2008).

O departamento possui ainda, como um de seus recursos principais, o Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada (PPSUS), que se caracteriza como um programa de fomento à pesquisa em saúde, com as agendas estaduais e nacionais de prioridades de pesquisa em saúde. Nas agendas de saúde, os temas de pesquisa serão selecionados em comum acordo com os gestores e técnicos de

saúde e a comunidade científica local, podendo concorrer aos editais, membros da comunidade científica onde o edital é originalmente publicado (OLIVEIRA, 2008).

O PPSUS foi idealizado com o objetivo de tornar as pesquisas mais direcionadas às necessidades de saúde da população, contudo também veio para tentar minimizar as diferenças regionais, em um contexto caracterizado pela centralização de atividades de ciência e tecnologia nas regiões Sul e Sudeste (PETERS, 2013).

Sobre os processos de descentralização, Peters (2013) discute que o termo pressupõe uma conotação positiva, pois, frequentemente, na área política, implica em uma transferência de planejamento e tomada de decisão, significa assim o repasse de poder decisório do nível nacional aos níveis subnacionais. Contudo, a autora também discute que a tentativa de desenvolver regiões atrasadas pode implicar em perda para toda a nação, demonstrando um posicionamento preconceituoso sobre o assunto, uma vez que o investimento em áreas mais pobres não implica em perdas para as regiões mais desenvolvidas.

Contudo, desde a década de 1980, muitos países como França e Estados Unidos vêm realizando estratégias distintas de desconcentração, com transferência de atribuições, bem como privatização e desregulação. Tais medidas de descentralização foram acompanhadas pela convergência de opiniões de que a descentralização está relacionada a processos mais democráticos de exercício de poder (PETERS, 2013).

Ao seguir essa tendência, em 2004, no Brasil, foi lançado o Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), que envolve parcerias em duas esferas, sendo no âmbito federal, o Ministério da Saúde e o CNPq (por meio do *Decit*) e em nível estadual, envolve as Fundações de Amparo a Pesquisa (FAP) ou Secretarias Estaduais de Ciência e Tecnologia e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (BRASIL, 2006).

No que diz respeito ao financiamento, o PPSUS utiliza recursos do orçamento do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, além disso, o programa também conta com uma contrapartida estadual que varia em cada estado, conforme percentual pactuado entre o nível federal – Ministérios e Ciência e Tecnologia e de Saúde – e a esfera estadual, representada pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de C&T (CONCECT). O valor mínimo da contrapartida é de 20% dos recursos disponibilizados pelo Decit/SCTIE/MS. A contrapartida estadual

provém, geralmente, das FAP. Desse modo, são transferidos recursos financeiros do Ministério da Saúde ao CNPq, que, por sua vez, os repassa às FAP, por meio de convênio. Esses agentes executores do programa em cada estado, em parceria com as respectivas SES, lançam editais para seleção de projetos de pesquisa em temas considerados relevantes para o sistema local de saúde (BRASIL, 2006).

O PPSUS prevê um edital padrão para seleção de projetos e critérios de acompanhamento e avaliação das pesquisas, a fim de orientar os parceiros envolvidos quanto aos procedimentos necessários para o desenvolvimento de atividades. Para a operacionalização nos estados, o *Decit*, em parceria com o Datasus, desenvolveu o Sistema Informatizado do PPSUS (SIS-PPSUS), que permite a apresentação, distribuição e avaliação dos projetos *online* e o acompanhamento simultâneo e em tempo real por parte de todas as instituições envolvidas no programa (BRASIL, 2007).

O edital do PPSUS deve estar de acordo com os princípios do SUS, sendo assim, deve seguir algumas prioridades em saúde, estabelecidas pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que foi implementada a fim de garantir, em todas as suas etapas, a ampla participação de atores com experiências e linguagens distintas, tanto na pesquisa quanto na saúde. Assim, a Agenda Nacional em Saúde possui como pressuposto respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde, e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos que possam contribuir para o desenvolvimento de políticas sociais (BRASIL, 2008).

A Agenda é um processo técnico-político em permanente construção. O Ministério da Saúde é encarregado de liderar o seu processo de construção, nesse sentido, a agenda possui papel estratégico no ordenamento do esforço nacional de Pesquisa em Saúde. Participam de sua construção gestores, pesquisadores, profissionais e usuários do SUS (BRASIL, 2008).

Para a definição da Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde (ANPPS) foram organizadas cinco etapas sucessivas: a primeira etapa consistiu em encomendar aos especialistas a seleção de textos e apresentação de aspectos relevantes sobre a situação de saúde e políticas de saúde, a fim de iniciar uma discussão com base nas necessidades e problemas de saúde. A segunda etapa abrangeu a definição das subagendas em pesquisa, com o envolvimento de vários campos disciplinares, a abordagem de diversos temas prioritários de pesquisa e um

Comitê Técnico Assessor (CTA), formado por especialistas e gestores que assessorariam a construção da agenda (BRASIL, 2008).

Na terceira etapa foram definidos os temas em pesquisa, quando o CTA, com base em experiências internacionais, adotou critérios que sugeriu 20 subagendas de pesquisa para serem votadas no seminário para definição da agenda. Para a construção das subagendas, foram seguidos alguns critérios, como carga de doença medida por anos de vida perdidos, ajustados por incapacidade ou outros indicadores; análise dos determinantes das cargas da doença, segundo níveis de intervenção; estado da arte do conhecimento científico e tecnológico disponível; custo-efetividade das possíveis intervenções e possibilidades de sucesso; efeito na equidade e justiça social; aceitabilidade ética, política, social e cultural; possibilidade de encontrar soluções; qualidade científica das pesquisas propostas; factibilidade de recursos humanos e financeiros (BRASIL, 2008).

A quarta etapa ocorreu por meio de uma consulta pública que contou com a participação de usuários dos serviços de saúde e trabalhadores do setor, os quais tiveram oportunidade de contribuir com as subagendas. Por fim, foram votadas, no CNCTIS, e decididas 24 subagendas de prioridades de pesquisa em saúde (BRASIL, 2008).

As prioridades são: 1. Complexo produtivo da saúde; 2. Pesquisa clínica; 3. Doenças transmissíveis; 4. Doenças crônicas não transmissíveis; 5. Alimentação e nutrição; 6. Saúde da mulher; 7. Saúde, ambiente, trabalho e biossegurança; 8. Sistemas e políticas de saúde; 9. Avaliação de tecnologia e economia da saúde; 10. Assistência farmacêutica; 11. Demografia e saúde; 12. Saúde do idoso; 13. Saúde mental; 14. Violência, acidente e trauma; 15. Gestão do trabalho e educação em saúde; 16. Epidemiologia; 17. Saúde da criança e do adolescente; 18. Comunicação e informação em saúde; 19. Saúde dos povos indígenas; 20. Saúde bucal; 21. Saúde da população negra; 22. Bioética e ética em pesquisa; 23. Saúde do portador de necessidades especiais; 24. Promoção da saúde (BRASIL, 2008).

Contudo, percebe-se que mesmo após a definição das prioridades, existem desigualdades em relação aos recursos destinados a diferentes temas em saúde, visto que, no período de 2004 a 2007, obtiveram maiores recursos, pesquisas voltadas ao complexo produtivo da saúde, com 29,1% dos recursos, e a pesquisa clínica, com 19,8%, totalizando quase 50% dos recursos para pesquisa na área de alta complexidade na saúde. Por outro lado, no mesmo período, as

subagendas, como doenças transmissíveis e crônicas, não transmissíveis, com maior número de editais e projetos, tiveram 11,7 e 10,5%, respectivamente (COSTA; CRUZ, 2014).

A pesquisa em saúde no Brasil é largamente reconhecida, estando os institutos de pesquisa em saúde dentre os primeiros e mais importantes do país, desde o século 19, sendo impulsionada com a fundação da Universidade de São Paulo, em 1951. Contudo, no decorrer do desenvolvimento das atividades de pesquisa, ocorreu uma crescente desarticulação entre o núcleo da pesquisa em saúde e as políticas de saúde, implicando em um afastamento crescente entre a temática da pesquisa e as necessidades de saúde da população (GUIMARÃES, 2004).

Essa situação vem se modificando para o enfrentamento de desafios de doenças emergentes ou reemergentes em países em desenvolvimento, mas que ameaçavam países desenvolvidos. Nesse sentido, organismos como a OMS incentivou um conjunto de iniciativas que culminou com a I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, em 1994, na ocasião, foi elaborada a primeira proposta explícita e abrangente de uma Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (GUIMARÃES, 2004).

O Sistema de ciência e tecnologia em saúde, no Brasil, é composto por diversos atores e instituições públicas e privadas. Na gestão pública federal estão: a) Ministério da Saúde: responsável pela implementação, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde; b) Ministério da Educação, área de ensino superior, em especial a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que coordena e avalia os planos e políticas do sistema nacional de pós-graduação, a formação de recursos humanos (programas de bolsas, auxílios e outros mecanismos) e o acesso à produção científica mundial, cabendo-lhe também a gestão dos hospitais universitários (em casos de pesquisa clínica); c) Ministério da Ciência e Tecnologia, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), responsável pela consolidação institucional do Sistema Nacional de Ciência Tecnologia e inovação, desenvolvimento da infraestrutura e fomento da pesquisa científica e tecnológica, e promoção da inovação nas empresas (MINISTERIO DA SAUDE, 2008).

No que diz respeito à gestão pública estadual, estão as secretarias estaduais de saúde, de ciência e tecnologia e as fundações de amparo à pesquisa (FAP), responsáveis pela implementação das políticas estaduais de pesquisa em saúde. Também são incluídos setores produtivos públicos e privados atuantes nas áreas farmacêutica, farmo-química, biotecnológica e de equipamentos e materiais; a comunidade científica, representada pelas universidades e institutos de pesquisa, associações científicas e profissionais, assim como a representação da sociedade civil e os organismos internacionais (BRASIL, 2008).

No Ceará, a função de amparo à pesquisa científica e tecnológica é realizada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), podendo ter caráter autônomo ou complementar ao fomento provido pelo Sistema Federal de Ciência e Tecnologia. É competência da FUNCAP estimular o desenvolvimento científico e tecnológico no Estado do Ceará, por meio do incentivo e fomento à pesquisa, à formação e à difusão dos conhecimentos científicos e técnicos produzidos.

A FUNCAP foi criada em 1990 e encontra-se vinculada à Secretaria da Ciência, Tecnologia e Educação Superior do Estado do Ceará (SECITECE). Possui como objetivo apoiar grupos de pesquisa de reconhecida excelência, mediante o suporte financeiro à execução de projetos de pesquisas científicas, tecnológicas e de inovação.

Em 2007, foi criada a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (COGTES), a instituição trabalha na perspectiva da Educação Permanente em Saúde e é vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A coordenadoria é transversal a todas as outras e possui como objetivo promover a educação permanente em saúde, contribuindo para a valorização dos trabalhadores do SUS e comunidade em geral, bem como assessora as coordenadorias da SMS, por meio de programas educacionais, considerando a integração ensino-serviço-comunidade. Desenvolve ainda programas de residência médica e multiprofissional em saúde (CEARÁ, 2014).

As principais atividades são: coordenar e executar o processo de educação permanente dos docentes e colaboradores dos programas de residência em saúde; planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar as atividades de ensino da SMS; desenvolver estratégias de educação popular em saúde; promover a integração entre ensino e serviço na formação de futuros profissionais; analisar os

projetos de pesquisa propostos pelas Instituições de Ensino Superior (IES) para execução nas unidades da rede municipal de saúde; promover a regulação dos estágios dos programas de formação na área da saúde, na rede de serviços municipais; realizar processos seletivos dos profissionais da rede para atuarem como preceptores no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde); acompanhar a execução dos convênios com as instituições de ensino advindos do processo de regulação dos estágios.

Na esfera estadual, também em 2007, foi criado o Núcleo de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (NUCIT), diretamente vinculado à Secretaria de Saúde do Estado (SESA), o qual é responsável pela pesquisa e avaliação de tecnologias na saúde.

Ao analisar o sistema de tecnologia e inovação no país, observa-se a descentralização das ações políticas, visto que mais de dois terços do sistema de ciência e tecnologia estão concentrados da região Sudeste. Outra característica das políticas em ciência e tecnologia no Brasil é seguir modelos internacionais de inovação, em vez de pensar formas alternativas de produção técnica e científica que poderiam ser mais adequadas ao seu contexto (SILVA; BASSI; SCHMIDT, 2011).

A maioria dos pesquisadores atuantes no Brasil encontra-se nas universidades, 71,31%, e somente 26,7% encontram-se no setor empresarial. Esta tendência manteve-se mesmo após a implementação da Lei do Bem, de 2005, que prevê incentivos fiscais para inovação tecnológica. Tal fato contrasta com alguns países desenvolvidos, como os Estados Unidos, que possuem grande número de pesquisadores em empresas privadas (SILVA; BASSI; SCHMIDT, 2011).

Apesar da institucionalização da pesquisa, no Brasil há uma grande desarticulação entre os campos de pesquisa acadêmica, avaliação e gestão da saúde. Nesse sentido, cada um desses campos está conformado por atores diferentes e funcionam de acordo com suas próprias lógicas. Contudo, essa realidade que o autor considera “autista” não significa, necessariamente, o desconhecimento dos diferentes campos entre si, pois pode também refletir preconceitos existentes entre os diferentes campos, culminando em confrontação entre eles (CORDEIRO *et al.*, 2014).

Ainda de acordo com Weller (2008), no campo acadêmico, o que define determinada pesquisa, geralmente, é o interesse pela disciplina, nesse sentido, determinado estudo pode ser motivado, até mesmo, por correntes de moda. Já o

campo da avaliação, geralmente, o trabalho está pautado na necessidade de responder à sua própria lógica de reprodução, o que coloca a avaliação como atividade externa e contribui para alimentar avaliadores, consultores, para ser um insumo de renovação de financiamento (WELLER, 2008).

No que diz respeito à gestão pública, suas atividades pressupõem relação estreita com os problemas de saúde. Contudo, questões políticas, como práticas de clientelismo na gestão pública, resistência ou oposição de grêmios para realização de mudanças em “recursos humanos”, e vigência de estilos de gestão autoritários, acabam desarticulando a gestão das necessidades da população.

Contradipoulos (2006) apresenta alguns obstáculos que dificultam a utilização de conhecimentos científicos para tomada de decisões. Segundo o autor, as dificuldades decorrem tanto do processo de produção de conhecimento como de tomadas de decisões. Dentre os problemas relacionados à produção de conhecimento destacam-se o fato de muitos estudos apresentarem resultados inconclusivos; a dificuldade de percepção da aplicabilidade de muitas pesquisas; resultados contraditórios entre pesquisas com o mesmo objeto de investigação; falta de interesse de alguns pesquisadores em problemas políticos.

Em relação à tomada de decisão, as dificuldades estão relacionadas ao fato de que esta não é um processo exclusivamente racional; a decisão necessita ser contextualizada; a aprendizagem de novos conhecimentos não depende exclusivamente do acesso à informação; os problemas de gestão dos sistemas de saúde são frequentemente complexos, mal definidos ou de definição polêmica (CONTRADIPOULOS, 2006).

### 3.3 DO SABER CIENTÍFICO À DEFINIÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE

De acordo com Bock, Furtado e Teixeira (2002), o saber científico configura-se como um tipo de saber, assim como o senso comum, que é um saber com base na experiência empírica imediata. Também existe o conhecimento filosófico, relacionada à origem do homem e ao significado da experiência humana; e ainda pode-se reconhecer o conhecimento religioso, que utiliza a religião para explicar questões relacionadas à origem do mundo, e aspectos morais, dentre outras possibilidades de saber.

Contudo, apesar de ser apenas mais um saber, o conhecimento científico, frequentemente, se sobrepõe a outras formas de conhecer, pois durante muito tempo foi considerado como absoluto, inquestionável e como a única possibilidade de se chegar a um conhecimento verdadeiro. O que caracteriza essa forma de conhecimento é a necessidade de seguir um método rigoroso, cuja neutralidade do pesquisador é imprescindível (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2002).

Essa forma de pensar o conhecimento científico data do início do século 18, idade moderna, período caracterizado por um grande avanço em relação ao conhecimento sobre o mundo. Nesse período, destaca-se o filósofo Descartes que postulava a separação entre mente (alma, espírito) e corpo (máquina). De acordo com Descartes, a natureza teórica do conhecimento científico decorre dos pressupostos epistemológicos e das regras metodológicas já referidas. É um conhecimento que aspira à formulação de leis, à luz de regularidades observadas, a fim de prever os fenômenos da natureza (SANTOS, 1988).

Contudo, antes da ascensão do conhecimento científico, eleito o saber mais confiável, no período da Idade Moderna, outras formas de conhecimento foram consideradas como caminho para alcançar a verdade ao longo dos tempos. Na Grécia antiga, por exemplo, com base nas ideias de Sócrates, o conhecimento estava, de fato, no próprio sujeito, era, portanto, um saber inato, contudo, somente era possível chegar a uma verdade por meio de um processo dialógico e reflexivo, chamado de maiêutica (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2002).

Platão, discípulo de Sócrates, também considerava que o conhecimento era inato. Para ele, antes de nascer, o sujeito contempla todo o conhecimento, contudo, ao encarnar “esquece-o”, nesse sentido, o conhecimento corresponde, na realidade, às reminiscências, alcançadas a partir de um processo racional. Percebe-se, que Platão considerava os conhecimentos obtidos por meio de uma experiência imediata enganosos, sendo confiável, apenas, o saber racional. Também se pode compreender que Platão supunha uma separação existente entre corpo e alma, apresentava, pois, uma visão dualista sobre o homem (CHAUÍ, 2000).

Aristóteles, que, inicialmente, apresentava semelhança com o pensamento de Platão, mais tarde apresenta discordância em relação à aquisição de conhecimentos, pois, diferente de Platão, considerava a importância das experiências imediatas para se chegar a uma verdade. Nesse sentido, Aristóteles

começou a refletir sobre a possibilidade de existência de um método para se chegar a uma verdade (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2002).

O método de Aristóteles é indutivo, pois, segundo o filósofo, deve-se partir de diferentes experiências particulares para conseguir extrair algo que é universal nessas experiências. Desse modo, parte-se das experiências sensíveis como possibilidade de alcançar uma verdade geral dos fenômenos (MARCONDES, 2001).

Ao considerar o método indutivo, percebe-se também que Aristóteles rompe com Platão no que diz respeito à compreensão de homem, pois ao valorizar as experiências sensíveis e imediatas, Aristóteles apresenta uma visão de homem mais integrada.

Na Idade Média, percebe-se que o caminho para o conhecimento passou a ser guiado pela Religião e Cristianismo, pois nesse período a Igreja Católica monopolizava o saber. Destacam-se dois grandes filósofos: Santo Agostinho e São Tomás de Aquino. De acordo com o primeiro, inspirado nas ideias de Platão, havia uma cisão entre corpo e alma, sendo que essa alma não era apenas relacionada à razão, apresentava, pois, uma manifestação divina do homem. O filósofo relaciona fé e razão, segundo ele, a fé recebeu da razão toda a clareza necessária para a sua autocompreensão; por outro lado, a razão ganha estímulo e impulso com a fé. No entanto, a razão estava subordinada à fé, para Agostinho, somente era possível alcançar o conhecimento por meio da fé (CARLINI-COTRIM, 1996).

São Tomás de Aquino também tenta conciliar fé e razão, contudo, apresenta algumas discordâncias em relação ao pensamento de Agostinho, pois para Santo Agostinho, fé e razão se complementam, não podendo, portanto, sobrepor-se, uma vez que o que for explicado pela razão, não será explicado pela fé. Assim, para São Tomás de Aquino, a razão segue sua própria lógica para alcançar o conhecimento, sendo possível conhecer sem, necessariamente, ter fé (MARCONDES, 2001).

Pouco mais de 200 anos após a morte de São Tomás de Aquino teve início um período de transição para o capitalismo. Nesse período, percebeu-se um declínio do poder da Igreja e um processo de valorização do homem. Destacou-se nesse período, Copérnico, ao mostrar que a terra não é o centro do universo, contribuindo, assim, para um grande avanço no conhecimento. A partir de então, teve início a sistematização do conhecimento científico, com o surgimento de

métodos e regras básicas para a construção desse saber (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2002).

Foi nesse período que Descartes impulsionou o conhecimento científico, ao estabelecer regras para alcançá-lo. Descartes postulou, também, a separação entre mente e corpo, afirmando que o homem possui uma substância imaterial e pensante, e outra material, o corpo. De acordo com esse postulado, o corpo desprovido do espírito é apenas uma máquina (MARCONDES, 2001).

O pensamento cartesiano é considerado mecanicista, pois entende o mundo como uma máquina, com leis universais de caráter determinístico, capazes de explicar toda a realidade física. De acordo com Descartes, os fenômenos da natureza obedeciam à lei de causa e efeito, nesse sentido a previsão do futuro consistia apenas em conhecer as causas e os efeitos dos fenômenos. Assim, o pensamento de Descartes contribuiu para a construção de um racionalismo científico de caráter físico-matemático que rompe com o senso comum (GERMANO, 2011).

Nesse contexto, percebia-se a evidência das ciências da natureza, por haver possibilidade de produção de um conhecimento científico, explicado, principalmente, por leis. Em contrapartida, conhecimentos relacionados aos aspectos sociais eram considerados ilusórios, portanto, para possuírem *status* de ciências deveriam se submeter aos mesmos métodos das ciências da natureza.

Santos (1988) discute que essa abordagem mecanicista de compreender o mundo, a qual possui um método matemático como possibilidade de alcançar um saber verdadeiro, configura o paradigma positivista.

Essa forma de compreender os fenômenos pela ótica positivista também pode ser observada no que diz respeito à compreensão do fenômeno saúde/doença. O entendimento dos termos saúde e doença, por meio do paradigma positivista, está relacionado a um modelo biomédico, ou seja, resume-se aos aspectos biológicos, visto que o corpo é considerado uma máquina, sendo a doença equivalente ao não funcionamento perfeito dessa máquina. Essa forma de compreender o adoecimento teve seu apogeu no século XX (PRATTA, 2009).

Contudo, na contemporaneidade, percebe-se uma tentativa de resgatar alguns aspectos da compreensão dos termos de saúde e doença do período anterior à Idade Moderna, berço do paradigma cartesiano. É época na qual a doença era vista como um desequilíbrio de humores e elementos na globalidade de um ser humano individual, peculiar, indissolúvel em seu corpo e espírito (MAIA, 2000).

Essas mudanças em relação à forma de pensar os termos saúde e doença podem ser explicadas pela ocorrência de mudança de paradigmas, em curso na atualidade. Desse modo, Santos (1988) explica que se pode observar, na contemporaneidade, uma crise nesse paradigma positivista, ocasionada pela percepção de que esse modo de compreender os fenômenos não dava conta de abranger vários problemas que foram surgindo com o próprio avanço do conhecimento. Além disso, outro acontecimento importante foi a construção da teoria da relatividade, por Einstein. Diferente da física clássica, de acordo com essa teoria, os cálculos matemáticos não são precisos, pois representam apenas probabilidades, ademais, tempo e espaço, nessa compreensão, são relativos e não absolutos.

Foucault realiza uma crítica a esse paradigma positivista. Segundo o autor, a forma de ver o homem como uma máquina objetiva, sendo possível então estabelecer uma verdade sobre ele. Desse modo, o autor discute que, embora esse conhecimento produzido pela objetivação do homem deva ser considerado, ele não é universal, sendo produzido para perpetuar formas de poderes geradas na sociedade. Assim, a preocupação de Foucault era analisar os aspectos sociais e históricos que permitiram a construção dos saberes. (CANDIOTTO, 2006).

Em História da Loucura, Foucault (1972), ao investigar os antecedentes históricos relacionados ao termo doenças mentais, discute que o saber científico, em evidência naquele período, é a forma de compreender a loucura por meio do discurso médico. Esse saber foi sendo considerado como verdadeiro no contexto da Revolução Industrial e de evolução das ciências. O termo foi originado com as contribuições de Esquirol e Pinel, médicos que passaram a isolar sujeitos em sofrimento psíquico, a classificá-los e, enfim, chamá-los de doentes mentais.

Para Foucault (1972), esse saber científico representa uma forma de dominação e de exclusão dos sujeitos que eram considerados doentes mentais, desprovidos de razão, os quais deveriam se submeter ao discurso médico, por meio da sujeição ao enclausuramento e às prescrições médicas, sendo esse saber médico, científico e, portanto, detentor da verdade.

Diante das críticas relacionadas ao positivismo no conhecimento científico, o paradigma a emergir não é apenas científico, denominado por Santos (1988) de saber prudente, mas também é social, considerado pelo autor, um paradigma decente. Assim, a divisão entre ciências naturais e ciências sociais deixa de ter utilidade, busca-se, portanto, a superação dessa dualidade, pois a visão do

mundo passa a ser sistêmica, nesse sentido compreende-se a existência de relações existentes entre fenômenos anteriormente considerados opostos.

Desse modo, a visão holística do período pós-moderno se impõe progressivamente. Nesse contexto, a medicina se dá conta de que o homem é um todo em si, a priori, e não um “todo” resultante da reconstrução de níveis de fragmentação, que impõe e modifica limites artificiais. O paradigma da ciência pós-moderna permite vislumbrar novos pressupostos que resgatam diferentes dimensões do ser humano (PRATTA, 2009).

Desse modo, emerge a dimensão subjetiva, com as trajetórias coletivas e pessoais do sujeito, e assim o mito de uma ciência neutra e objetiva vai se desfazendo, à medida que a subjetividade entra em cena no cenário científico, em um mundo, antes, frio de cálculos e experimentações (YASUI, 2006).

Nesse contexto, a discussão sobre pesquisa em saúde pode ser ampla e variada, abrangendo desde aspectos biomédicos a questões subjetivas relacionadas às experiências de adoecimento.

Sobre a conceituação de pesquisas em saúde, baseada em áreas do conhecimento e não em setores de aplicação, são consideradas pesquisas em saúde a soma das atividades de pesquisa clínica, biomédica e de saúde pública. Nesse sentido, tais pesquisas podem abordar áreas do conhecimento relacionadas às ciências biológicas que, nem sempre, dizem respeito à saúde; além disso, muitas investigações das ciências sociais, que possuem relação com a saúde, são deixadas de lado (BRASIL, 2008).

Entretanto, ao considerar essa problemática, Pellegrini entende a definição de pesquisa em saúde como um campo que se organiza melhor segundo critérios de finalidade. De acordo com o autor, o critério de finalidade é o que melhor define a pertinência de um trabalho específico de pesquisa ao campo de pesquisa em saúde (BRASIL, 2007).

Nesse cenário, observa-se uma dificuldade em definir, de forma clara, a pesquisa em saúde, pois as organizações da atividade de pesquisa ainda são baseadas em critérios teórico-metodológicos ou disciplinares. Porém, tendo em vista a emergência de modalidades de pesquisas transdisciplinares ou interdisciplinares, a tendência é que os setores de aplicação ou de atividades adquiram importância crescente, como forma de organizar a atividade de pesquisa científica e tecnológica (BRASIL, 2007).

Portanto, pesquisa em saúde pode ser considerada qualquer investigação científica ou tecnológica que tenha impacto positivo na saúde das pessoas. Desse modo, grupos de pesquisa oriundos de todas as áreas do conhecimento (Ciências da Saúde; Linguística, letras e artes; Ciências Sociais aplicadas; Engenharias; Ciências Exatas; Ciências Agrárias; Ciências Humanas) possuem linhas de pesquisa vinculadas ao setor de atividade Saúde Humana. Além disso, a pesquisa em saúde pode ser subdividida em quatro segmentos: Clínica, Biomédica, Tecnológica e Saúde Pública (BRASIL, 2007).

### 3.4 A IMPORTÂNCIA DA APS NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

A APS torna-se foco de estudos por caracterizar-se como um nível de atenção à saúde com importância fundamental para a melhoria de saúde da população, haja vista a sua posição na estratégica no SUS, pois deve garantir a universalidade do acesso e cobertura universal, efetivando a integralidade bem como a integração de ações programáticas e demanda espontânea. Além disso, deve facilitar a articulação das ações de promoção à saúde, realizar prevenção de agravos, vigilância à saúde, bem como a coordenação do cuidado na rede de serviços (TANAKA, 2011).

Embora a implementação da Atenção Primária à Saúde esteja relacionada à superação efetiva do modelo biomédico, percebe-se que esse padrão ainda é hegemônico nas pesquisas que contemplam este nível de atenção. Nesse sentido, os estudos sobre o assunto centram-se, principalmente, no médico como o especialista, ou seja, aquele que sabe, e, portanto, pode decidir pelo outro, além disso, embora reconheçam a importância de percepções, crenças e valores relacionados a usuários e profissionais, demonstram, ainda, distância, das ciências humanas (SOUZA; MENANDRO, 2011).

Corroborando com o autor acima, Ibañez *et al.* (2006), ao realizar uma revisão sobre as publicações científicas sobre a APS no Brasil, no período de 1990 a 2001, identificaram que houve um crescimento de estudo sobre o assunto nesse período, no entanto, apenas 9% deles discutem a APS na perspectiva do sistema de saúde, pois a maioria ainda centra-se na dimensão clínica.

Nesse prisma, os estudos sugerem o predomínio de uma APS seletiva e focalizadora, ao invés de abrangente e integrada ao sistema de saúde. Esse fato

reflete uma tendência dos sistemas da região, uma vez que os países Latinos ainda pautam suas ações de forma seletiva e pouco articulada com outras ações do sistema de saúde (BAPTISTA; RODRIGUES; FAUSTO, 2009).

Portanto, observa-se que embora haja muito a se explorar, a Atenção Primária à Saúde é objeto de diferentes tipos de estudos que visam ao conhecimento das ações neste nível de atendimento à saúde. Nesse sentido, estudos relacionados a este tipo de atenção possuem relevância, visto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou essa abordagem como essencial para o cumprimento da meta de “Saúde para todos”. Desse modo uma APS eficaz é capaz de revitalizar a habilidade dos países de elaborar uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável para combater problemas de saúde, preparar os serviços para novos desafios e melhorar a equidade (DOCUMENTO DE POSICIONAMENTO DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

No entanto, torna-se necessária a definição da Atenção Primária à Saúde. Assim sendo, podem ser identificadas três formas de interpretação relacionadas ao termo, como: atenção primária seletiva, atenção primária do sistema de serviços de saúde e estratégia de organização do sistema de saúde. A primeira interpretação está relacionada à oferta de assistência a uma população mais carente; na segunda, a APS representa o primeiro nível de atenção do sistema de saúde e a terceira contempla a forma de organizar todo o serviço de saúde (GIOVANELLA, 2008).

Na perspectiva de interpretação da APS associada à oferta de assistência a uma população carente, em um âmbito internacional, diversos países da América Latina estão promovendo intervenções seletivas, direcionadas para uma população com baixo poder aquisitivo. O Brasil, inicialmente, também efetivou ações seletivas, no entanto, nos anos 90 buscou distanciar-se de tais práticas (BRASIL, 2009).

No entanto, existem divergências em relação à denominação do primeiro nível de atenção à saúde, pois embora o Brasil tenha adotado, oficialmente, o termo “Atenção Básica”, alguns documentos oficiais brasileiros ainda utilizam o termo “Atenção Primária à Saúde”, evidenciando a falta de consenso sobre a utilização dessas expressões. Embora usadas, muitas vezes, como sinônimos, algumas correntes consideram que tais termos possuem diferenças conceituais (FONTANELLA *et al.*, 2011).

A Atenção Primária está relacionada ao delineamento teórico de um sistema hierarquizado e integrado em rede. Já o termo Atenção Básica surgiu como uma proposta de estudo pela OMS, que visava a possibilidades futuras para políticas de saúde, este conceito é assistencial e programático, bem como não vislumbra ações comunitárias e intersetoriais. Nos anos 1970, os documentos da OMS trouxeram o termo “Atenção Primária à Saúde”, como caminho para serviços de saúde mais efetivos, assim, o termo está relacionado ao desenvolvimento social com base comunitária (FONTANELLA *et al.*, 2011).

Por ser a expressão que mais se adequa à proposta de universalidade e Participação social do Sistema Único de Saúde, no presente trabalho, o termo Atenção Primária à Saúde será utilizado para denominar o primeiro nível de atenção.

Sobre a definição da APS, no contexto dos anos 1990, este nível de atenção estava relacionado a um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que devem ser direcionadas a uma população de um território adscrito, situadas no primeiro nível de saúde e voltadas à promoção, prevenção de cuidado e reabilitação da saúde. Percebe-se, pela própria definição, que nesse período a APS não era um modelo assistencial diferenciado, pois não apontava a integração da rede de saúde, ademais a atenção estava voltada à oferta de respostas ao pronto atendimento de demanda espontânea ou baseada nos programas de saúde pública dos centros de saúde (BRASIL, 2009).

No entanto, desde o final dos anos 1990, o Brasil busca estimular uma nova abordagem em relação à APS, principalmente através de mudanças relativas ao Programa de Saúde da Família, o qual foi criado, inicialmente, como programa seletivo, mas que ampliou, paulatinamente, a sua abrangência, sendo reconhecido pela Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, de 2006, como estratégia principal para reorientação do modelo assistencial neste nível de atenção (GIOVANELLA, 2008).

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) significou uma mudança de um enfoque curativista, centrado no médico, para um modelo mais integral, com foco no usuário e sua família. A equipe de saúde da família deve ser composta, minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliar técnico de enfermagem e agentes comunitários, podendo também incluir um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário (ACD) (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

Portanto, no primeiro documento ministerial de 1994, o PSF é denominado programa, mas, em seguida, passou a ser considerado uma estratégia para reorientar o modelo assistencial, sendo estimado um serviço substitutivo das práticas convencionais (CONILL, 2008).

Assim, a Atenção Primária à Saúde impulsionou ainda mais as mudanças no modelo de assistência, que desde a consolidação do SUS já buscava uma ruptura com a abordagem curativista e hospitalocêntrica, centrada no atendimento médico. Nesse contexto de desenvolvimento da APS, o PSF, buscando afirmar os princípios do SUS, inicialmente, implantado em áreas de maior vulnerabilidade, se expandiu e passou a ser denominado de estratégia, ampliando o número de sujeitos beneficiados pelo serviço (SCHERER, 2005).

Além de favorecer mudanças do modelo de assistência no sentido de ofertar um cuidado mais integral, a APS é considerada o nível principal de atenção da rede de cuidados em saúde, uma vez que deve solucionar a maioria dos problemas de saúde da população. No entanto, a solução dos problemas não está relacionada apenas ao diagnóstico de doenças e à oferta de cuidado, pois deve abranger também ações de prevenção e promoção da saúde, identificação das necessidades que devem ser respondidas por outros e a referência de usuários que devem ser encaminhados a níveis mais complexos do sistema (VILLELA, 2009).

Nesse contexto, as necessidades em saúde vão além do primeiro nível de atenção, ou seja, muitas vezes há a necessidade de referenciar o usuário para outros níveis em saúde. Contudo, para que os encaminhamentos ocorram de forma efetiva, é imprescindível a existência de uma rede integrada e voltada para as necessidades de saúde, desse modo o SUS define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e funções assistenciais, articuladas de forma complementar e com base territorial (BRASIL, 2012, p. 27).

A APS cumpre importância fundamental na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), pois deve coordenar o cuidado, acompanhar e organizar continuamente o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuando assim como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção das RAS, a fim de garantir o acesso dos usuários a todos os níveis de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado de uma forma contínua e integrada (BRASIL, 2012).

No entanto, além da coordenação das diversas ações e serviços necessários para a resolução dos problemas dos usuários, a Atenção Primária à Saúde, ao assumir responsabilidades de primeiro contato, deve prestar um cuidado longitudinal ao usuário (continuidade da relação clínico-paciente, ao longo da vida) que não deve se restringir apenas quando há a presença de doença, a fim de garantir um cuidado integral, que abranja aspectos físicos, psíquicos e sociais de saúde (GIOVANELLA, 2006).

Dessa forma, ao considerar o princípio da integralidade do SUS, devem-se abordar as dimensões dessa integralidade, ou seja, aspectos referentes à organização das redes e às relações existentes entre os integrantes da equipe de saúde e destes com os usuários, assegurando não apenas o acesso do usuário a todos os níveis de atenção, mas também que esse usuário seja considerado um sujeito pelos profissionais de saúde.

#### **3.4.1 Desafios na atenção primária**

Porém, ainda existem muitos desafios para o alcance da integralidade, pois se percebe, ainda, um atendimento bastante especializado, semelhante à prática hospitalar, uma vez que os programas de saúde são operados de acordo com as especialidades de cada área. Também é comum uma demanda muito extensa de atendimento para os profissionais, sob pretexto de estender a cobertura assistencial em caráter de urgência. Desse modo, da mesma forma que nos serviços de emergência, são comuns filas de pacientes em busca de “fichas” para especialistas, afastando-se do modelo comunitário (CAMPOS, 2005).

Também há problemas relacionados às atitudes dos profissionais de saúde, pois a relação estabelecida entre usuários e equipe não considera os interesses dos usuários. Além disso, a prática profissional é marcada pelo isolamento dos demais trabalhadores de saúde e pelo predomínio das tecnologias duras, ou seja, baseadas em um modelo assistencial voltado para máquinas e procedimentos, corroborando com um modelo assistencial distante do coletivo e centrado em consultórios, reproduzindo uma abordagem biomédica (MERHY, 1997).

Por outro lado, da mesma forma, é importante considerar as demandas dos usuários, consumidores dos serviços de saúde, pois a globalização e a busca pela qualidade também repercutem na saúde. Nesse sentido, os usuários mostram-

se menos tolerantes a problemas que ocorrem nos serviços de saúde, bem como exigem acesso a médicos, procedimentos e exames, de forma imediata (SAVASSI, 2012).

Nesse contexto, os serviços públicos de saúde tornam-se, cada vez mais, alvo de discussões relacionadas não apenas à qualidade do atendimento prestado, mas também ao acesso, escuta qualificada, solução de problemas e encaminhamentos resolutivos (FERNANDES; MACHADO, ANSCHAU, 2009).

Para assegurar a qualidade da assistência prestada, os serviços devem ser seguros (evitar danos aos usuários), efetivos (prestados com base na melhor evidência científica), oportuno (esperas e deslocamentos mínimos), centrados nos usuários (atendendo às suas necessidades e demandas) e humanizados (relação acolhedora e empática entre profissionais e usuários) (SAVASSI, 2012, p. 4).

### **3.4.2 Necessidades de avaliação e processos avaliativos na APS**

Em face da importância da APS, principalmente após a expansão da sua cobertura, com a Estratégia de Saúde da Família, surge a preocupação e o interesse em avaliar e monitorar os resultados, considerando a organização e provisão dos serviços e os impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Desse modo, há a necessidade de avaliação operacional para a manutenção da qualidade, diante de uma demanda que abrange processos diversos e complexos, pois apesar desse nível ser dotado de um instrumental simples, as ações desenvolvidas pela APS podem ser consideradas complexas, uma vez que o trabalho envolve tecnologias humanas, haja vista a abrangência de sujeitos e objetos diversos (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Portanto, a APS vem sendo objeto de avaliação. No entanto, a maior parte desses estudos avaliativos enfoca os processos de implementação do Programa Saúde da Família (PSF) e avalia o impacto da atenção, por meio de indicadores determinados por renda, saneamento, educação, entre outros. Por outro lado, ainda há poucos estudos que se propõem a avaliar o desempenho do sistema de atenção primária de forma global, a partir das inovações da Estratégia de Saúde da Família (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Desde o ano 2000, observa-se o crescimento do interesse em processos avaliativos que envolvem a APS em diversos aspectos. Geralmente, essas avaliações são empreendidas por centros acadêmicos que contam com o suporte do Ministério da Saúde, através de financiamentos, apoio e realização de pesquisas na área. Nesse contexto, foi criada a coordenação de Investigação, no interior do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à saúde do Ministério da Saúde, com o propósito de formular e conduzir propostas de avaliação em atenção Primária. Nesse primeiro momento, a atenção se voltou para monitoramento da estrutura, processo e resultado, por meio de dados obtidos nos sistemas de informação em saúde e de avaliações normativas (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

No Brasil, os principais instrumentos de acompanhamento e avaliação da APS são o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Pacto de Indicadores da Atenção Básica. No entanto, o SIAB está em processo de reformulação, com objetivo de ampliar a abrangência do sistema no sentido de implantar o monitoramento do conjunto de ações desenvolvidas em unidades básicas. As diretrizes e indicadores estão sendo definidos num processo participativo e devem seguir os princípios do SUS (BRASIL, 2003).

Desse modo, no Brasil, vem se delineando uma política de institucionalização da avaliação da Atenção Primária, com o propósito de superar os limites organizacionais. A institucionalização da avaliação na APS deve ser entendida como uma tentativa de incorporar tal prática no cotidiano de gestores e profissionais, com o intuito de melhorar esse nível de atenção (FELISBERTO, 2006).

Nesse sentido, a avaliação pode ser considerada como norteadora da política de saúde, pois ao ser considerada como um processo rotineiro na APS, os resultados desse processo, direcionados ao desempenho institucional podem ser traduzidos em vontade política e compromisso público, podendo contribuir para o fortalecimento da gestão municipal no que diz respeito à organização da APS (BODSTEIN, 2002).

### **3.4.3 Articulação entre teoria e prática na APS**

Diante do exposto, processos avaliativos na APS são importantes, porém, no presente estudo, não se pretende realizar uma avaliação de programas e sim de

pesquisas realizadas no primeiro nível de atenção, tendo como base o acesso, as práticas clínicas e o cuidado, relacionados a usuários de *crack*. Nessa perspectiva, busca-se analisar a transferência de conhecimento da academia para o cotidiano dos serviços. Contudo, poucos estudos abordam essa questão, a seguir serão analisados dois estudos que trataram do assunto.

Pineaul *et al.* (2007) comentam que muitos autores têm pontuado a importância de uma relação maior entre teoria e prática, ou entre pesquisadores e tomadores de decisões; contudo, poucos estudos exploram como construir um conhecimento que sintetize os diferentes pontos de vista dos decisores e sua articulação com os pesquisadores.

Sobre a transferência de conhecimento de pesquisas para o cotidiano dos serviços, da mesma forma que Patton (1997) propõe uma articulação maior entre o avaliador e tomadores de decisão, Brousselle (2009) discute que uma maior comunicação entre pesquisadores e tomadores de decisão é um método que promove a transmissão do conhecimento e sua utilização na elaboração de políticas, bem como na gestão das organizações.

Portanto, a responsabilidade pela utilização dos resultados das pesquisas não deve ser apenas do pesquisador, pois tanto pesquisador como decisores devem ser corresponsáveis nesta tarefa (BROUSSELE, 2009).

Pineault (2007) analisa uma experiência inovadora na construção do conhecimento e sua disseminação atualizada na construção do conhecimento e sua divulgação: a pesquisa coletiva sobre a organização dos serviços de atenção básica, em Quebec, que contou com a participação de pesquisadores e gestores da área da APS. Dentre as vantagens desse modelo, de forma geral, o autor apresenta que há uma maior probabilidade de utilização dos resultados das pesquisas, uma vez que uma maior aproximação entre pesquisadores e decisores promove uma adaptação dos resultados de uma pesquisa a um determinado contexto.

De acordo com Pineault *et al.* (2007), a articulação entre pesquisadores e tomadores de decisão foi realizada por meio de reuniões. Nesse momento, os pesquisadores envolvidos em trinta estudos (concluídos e em andamento) sobre os processos de modificação na atenção primária, em andamento em Quebec, tiveram oportunidade de discutir com os decisores na área sobre as investigações em questão, bem como sobre os aspectos relacionados a APS. Essa articulação

também contribuiu para clarear questões acerca da utilização dos resultados dos estudos, na prática.

O autor discute que devido a uma maior comunicação entre os decisores e os pesquisadores, os resultados das pesquisas foram mais bem utilizados. Contudo, o autor ressalta que a intenção não foi o estabelecimento de uma síntese sobre os pontos de vista relacionados às investigações, nesse caso foram listadas as convergências e as divergências, sendo as diferenças respeitadas, mas objeto de discussão durante as reuniões.

O contexto da Atenção Primária de Quebec era de mudanças relacionadas a uma resposta do Ministério da Saúde a um contexto cujos problemas estavam associados a um cuidado fragmentado, pouca articulação entre a APS e a atenção especializada. Nesse cenário, foi proposta a criação de 95 centros de serviços em saúde e assistência social, por meio da fusão entre serviços comunitários de saúde, serviço residencial e algum hospital de cuidados agudos.

Ainda sobre essa mesma experiência, Pineault *et al.* (2007) comentam que a discussão entre pesquisadores e decisores é uma condição importante para que os resultados de pesquisas sejam utilizados nos serviços. Assim, a discussão que ocorreu em Quebec permitiu que pesquisadores e decisores debatessem questões, buscando assim analisar as razões para as convergências e divergências existentes entre eles, ao invés de forçar um consenso. Nesse sentido, a produção do conhecimento nesse processo é maior do que aquele produzido por meio de uma revisão sistemática, uma vez que nessa última são consideradas apenas as posições dos pesquisadores.

Brousselle (2009), ao analisar essa experiência de produção do conhecimento, denomina o método utilizado na experiência que aproximou pesquisadores e gestores de Investigação Coletiva que consiste em promover a transmissão do conhecimento e sua utilização na elaboração de políticas na gestão das organizações e sistemas. Tal método distingue-se de uma revisão sistemática, por integrar não só o conhecimento científico, mas também o conhecimento tático dos decisores. Em segundo lugar, os estudos utilizados compreendem não só os trabalhos publicados, pois abrangem também investigações em curso, uma vez que, de acordo com o autor, há um grande atraso entre a realização dos estudos e sua publicação.

Broussele (2009) articula esse método a uma corrente de literatura que vincula resultados de pesquisas com utilização, designado por transferência de conhecimento e literatura de troca, mencionada por Mitton *et al.* (2007). De acordo com essa corrente, a informação científica e o conhecimento tácito não são totalmente confiáveis, por isso deve haver uma articulação e complementação entre essas duas dimensões. Desse modo, a coprodução permite que a informação científica seja complementada pela não científica, para que o conhecimento seja adaptado ao contexto em estudo.

Brousselle (2009) conclui, então, que a Investigação Coletiva reúne muitas condições favoráveis à utilização das informações, contudo também ressalta que o contexto político de mudanças e a abertura para o envolvimento dos pesquisadores também favoreceram a utilização das informações.

Diante do exposto, parece haver uma convergência de que a utilização dos resultados de pesquisas na prática dos serviços ou no âmbito das políticas será favorecida em um contexto de maior comunicação entre gestores e pesquisadores.

### **3.4.5 APS no cuidado aos usuários de drogas e aspectos a serem avaliados**

Dentro dessa perspectiva de trabalho em rede e de atenção integral, cada vez mais se busca articular ações de saúde mental em serviços de APS, numa compreensão de que a reinserção social dos sujeitos em sofrimento mental, bem como usuários de drogas, deve ser realizada na comunidade onde esses usuários vivem. Desse modo, a APS poderá desempenhar um papel fundamental no cuidado aos usuários de drogas, já que, muitas vezes, estes não buscam serviços como CAPS, embora este serviço também funcione como “porta de entrada” para usuários de substâncias psicoativas. Nesse sentido, a APS pode contribuir para o acesso desse público aos serviços de saúde, haja vista que pode acompanhar sujeitos que abusam de drogas, bem como encaminhá-los para serviços como os CAPS AD (RONZANI; MOTA, 2011).

Desse modo, percebe-se que há um contraponto, pois, desde 2004, o Ministério da Saúde divulgou a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, orientando a divulgação de suas diretrizes a partir do incentivo à capacitação de profissionais de saúde e da assistência social, porém a realidade

observada revela fragilidade das ações da APS, no que diz respeito aos usuários de drogas (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Segundo o Ministério da saúde, um dos motivos desse contrassenso está relacionado à ausência de estudos que abordem essa temática, os quais poderiam encorajar mudanças nesse nível de atenção (BRASIL, 2004), porém a problemática vai além da simples realização e divulgação de estudos que abordam a problemática do uso de drogas na APS, pois para que ações dessa natureza sejam realmente efetivas, é necessário que as pesquisas influenciem, de alguma forma, o serviço no qual foi realizada.

No entanto, apesar de muitas pesquisas discutirem sobre o cuidado a usuários de drogas na APS, surgiu a necessidade de avaliar, nas perspectivas assistenciais, algumas estratégias destinadas ao cuidado aos usuários de drogas. Portanto, o Ministério da Saúde (OMS) vem desenvolvendo há alguns anos estudos multicêntricos em diversos países, objetivando avaliar a implementação de rotinas de triagem e intervenções breves voltadas ao usuários de álcool em serviços de APS. Tais estudos avaliam, principalmente, o impacto do treinamento de profissionais de saúde e da supervisão continuada na mudança de atitudes dos profissionais e na incorporação das práticas de prevenção e uso na rotina dos serviços (RONZANI; FURTADO, 2010).

Contudo, essas pesquisas vêm destacando as dificuldades de implementação de estratégias de cuidado aos usuários de drogas. Desse modo, a principal barreira à oferta de cuidados a usuários de drogas na APS está relacionada a atitudes negativas dos profissionais de saúde direcionadas a usuários de drogas. O autor ainda argumenta sobre a necessidade de estudos que avaliem quais as atitudes dos profissionais e até que ponto elas influenciam nas barreiras para a efetivação do cuidado (RONZANI; FURTADO, 2010) .

Outro problema para efetivação de estratégias associadas ao usuário de drogas na APS está relacionado ao pouco conhecimento dos profissionais sobre problemas relacionados a álcool e outras drogas. Tal fato ocasiona atendimentos com pouca eficiência, centrados, apenas, em aspectos curativos (MORETTI-PIRES; LIMA; KATSURAYAMA, 2010).

Sobre processos avaliativos na APS, Starfield (2001) propõe uma avaliação do nível real de alcance dos resultados, considerando longitudinalidade, integralidade e coordenação. Segundo a autora, os padrões para avaliar a APS

estariam baseados no grau de melhoria de uma época para outra, em vez de comparação a um padrão absoluto arbitrário (STARFIELD, 2004).

### 3.5 CUIDADO COMO OBJETO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Sob a ótica do senso comum, o cuidado está relacionado aos recursos e medidas terapêuticas que devem perpassar as práticas em saúde. Contudo, o cuidado vai além dos procedimentos técnicos que objetivam o bom êxito de cuidados (AYRES, 2004a).

Ayres (2004b) conceitua o cuidado como um constructo filosófico, e destaca o termo como uma categoria que busca definir concomitantemente uma compreensão filosófica e uma atitude prática relacionada às ações de saúde que requerem uma ação terapêutica e que envolvem dois ou mais sujeitos, objetivando o alívio de um sofrimento ou obtenção de bem-estar, mediado por saberes relacionados a tal meta.

Considerando existencialmente o cuidar, Oliveira (1997) pontua que este é um processo dinâmico de movimentos de cuidados e cuidantes que estão juntos no ambiente de cuidar. Assim, a estrutura existencial do processo de cuidar compreende as relações ambientais: organização e gestão do ambiente de cuidar; tecnológicas: procedimentos técnicos como os de enfermagem e pessoais como a relação cuidado-cuidante, cuidado-família-cuidante; o modelo de ser aí cuidado-cuidante. Dessa forma, os constituintes estruturantes são necessários para que ocorra o encontro entre cuidado e cuidante no mundo do cuidar.

Destarte, Merhy (2000) considera que o cuidado também pode ser relacionado aos procedimentos técnicos e abrange as tecnologias duras: relacionadas a equipamentos e instrumentos tecnológicos, são os instrumentos materiais; as tecnologias leve-duras: compreendem saberes estruturados, como a clínica, a epidemiologia; e as tecnologias leves, que estão implicadas com a produção das relações entre os sujeitos.

Logo, o termo cuidado considera o sentido existencial da experiência do processo de adoecimento, ou seja, além de contemplar o aspecto orgânico, abrange o mental, compreendendo assim a integralidade de uma experiência relacionada à saúde (AYRES, 2004a).

O autor destaca também que o cuidado não é um processo que coloca o usuário numa situação passiva; pelo contrário, o cuidar deve favorecer a autonomia do usuário, contribuindo para que este se torne sujeito de sua própria vida, desenvolvendo assim o autocuidado (AYRES, 2004a).

O cuidado está relacionado às dimensões da integralidade, assim considerando o princípio da integralidade do SUS, o cuidado está presente tanto nas ações assistenciais e curativas, quanto nas atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças. No caso da APS, sua equipe de saúde deve estar capacitada para realizar desde ações de educação em saúde até acompanhamento ambulatorial em diversos casos, com fornecimento de medicamentos, incluindo assim usuários de drogas (ALVES, 2005).

Outra dimensão da integralidade está associada à visão ampliada do usuário, ou seja, a equipe de saúde deve considerar o sujeito como inserido em determinados contextos, avaliando seu aspecto subjetivo ao invés de focar o seu trabalho apenas em aspectos orgânicos (ALVES, 2005).

O cuidado também está relacionado ao princípio da humanização. No entanto, o termo pode apresentar diferentes leituras, compreensões e práticas, mas algumas estratégias podem ser reconhecidas como ações relacionadas à humanização, como aumentar a autonomia do usuário perante a autoridade do saber e das práticas sanitárias; valorizar a presença de acompanhantes nos processos de cuidado; modificar as regras dos processos de cuidado, bem como modificar as regras dos hospitais e outros serviços para fazer valer os direitos dos usuários. Mecanismos preventivos e que dificultam o abuso de poder também são essenciais à humanização (CAMPOS, 2005).

No que diz respeito aos usuários de *crack*, é importante que o cuidado a esse público não esteja pautado em práticas moralistas, que acabam por estigmatizar o usuário e dificultar o seu acesso a serviços de saúde. Nesse prisma, o foco não deve ser a substância psicoativa, mas sim a relação que o sujeito estabelece com esta em vários contextos, buscando entender qual o significado que esse uso possui para o indivíduo.

Nessa perspectiva, destacam-se os termos vínculo, acolhimento e integralidade, como elementos das práticas de saúde, os quais contribuem para a produção do cuidado em saúde.

De acordo com Merhy (1994), o vínculo está relacionado à responsabilidade, compromisso e empatia. No âmbito da saúde, o estabelecimento de vínculos implica em relações próximas e claras que possibilitem que o sujeito, no caso, o trabalhador, se coloque no lugar do outro, possibilitando uma intervenção eficiente e pessoal.

O acolhimento é pontuado como uma relação humanizada e acolhedora, que os trabalhadores e serviços, como um todo, têm de estabelecer com os diversos tipos de usuários (MERHY, 1994).

A integralidade pode ser compreendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores, no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema (PINHEIRO, 2002, p. 15).

Nesse sentido, as relações nos serviços em saúde devem abranger o acolhimento e o vínculo, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária, bem como a intervenção resolutiva, desse modo, sem acolher e vincular, não pode haver produção da responsabilização (FRANCO; BUENO; MERHY *et al.*, 1999).

Portanto, de acordo com as ideias dos atores acima, o cuidado é um conceito amplo que envolve não apenas as práticas em saúde, mas abrange também as relações que são estabelecidas entre os serviços de saúde, integralmente, e os usuários.

### **3.5.1 Práticas clínicas voltadas ao usuário de drogas como objeto de avaliação**

Em relação às práticas clínicas que podem ser ofertadas para usuários de *crack* em APS, ainda há muita discussão e controvérsias, ou seja, as formas como os profissionais podem atuar clinicamente diante de um usuário de drogas ainda estão em construção. No entanto, discuti-las no âmbito da avaliação, é importante, pois as políticas sobre drogas, a partir da Reforma Psiquiátrica, ao considerarem a saúde de uma forma ampla, preconizam que os sujeitos que abusem de drogas possam oferecer cuidados em serviços de base comunitária.

Ressalta-se, pois, que as práticas clínicas abordadas neste trabalho não estão relacionadas às práticas tradicionais de saúde, orientadas pelos aspectos biologicistas numa perspectiva procedimento-centrada. As práticas clínicas referem-

se, portanto, como pontua Assis *et al.* (2010), àquelas relacionadas ao movimento da Reforma Sanitária, que aponta para uma produção do cuidado, direcionada a um fazer integral, corresponsável e resolutivo.

Desse modo, a indagação sobre a existência de práticas clínicas voltadas para usuários de drogas, bem como sua efetividade nos serviços de APS, além de contribuir para que o direito à saúde seja garantido a todos, também pode colaborar para a construção de saberes e práticas desenvolvidos pelos profissionais da APS, no que diz respeito aos usuários de drogas.

Com o objetivo de ampliar a oferta de cuidado aos usuários de drogas, a “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas”, de 2004, afirma a importância de uma rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, bem como reconhece a importância da APS na problemática das drogas, porém observa-se que a APS ainda possui bastante dificuldade na implementação de práticas clínicas direcionadas a usuários de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004).

Dentre as ações que podem ser realizadas pela APS, através de equipes da ESF, relacionadas ao abuso de drogas, estão a prevenção primária, o diagnóstico precoce, a redução de danos e a oferta de cuidado, em casos não complicados, para usuários e famílias. A APS ainda pode realizar o rastreamento dos usuários com problemas com substâncias psicoativas (MORETTI-PIRES; WEBSTER, 2011).

Portanto há um paradoxo na APS, visto que este nível de atenção apresenta tecnologias clínicas e oportunidades para abordar os usuários que fazem uso abusivo de drogas; no entanto, este tipo de atenção não se efetiva para maioria dos usuários. Desse modo, práticas relativamente simples não são disponibilizadas aos usuários (FONTANELLA *et al.*, 2011).

Assim, de acordo com a avaliação da implantação de diretrizes para atenção integral a usuários de drogas para a APS, observa-se que as práticas relacionadas a usuários de drogas, quando existem na APS, consistem em informações/orientações de caráter generalista, sobre locais especializados em cuidados a usuários de drogas. Um dos motivos para tal situação pode ser o fato de que esses documentos ficam acessíveis apenas para núcleos gerenciais, havendo pouca disseminação para o campo da prática (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Desse modo, aparentemente, o uso de substâncias psicoativas é investigado somente quando há uma suspeita de que o usuário apresenta

problemas fisiopatológicos relacionados ao uso de drogas. Esse contexto pode estar relacionado ao fato de que, muitas vezes, os profissionais se queixam que não há protocolos clínicos ou estratégias sistemáticas. No entanto, a IB é uma estratégia que pode ser utilizada no manejo com esses pacientes (FONTANELLA *et al.*, 2011).

A Intervenção Breve (IB) apresenta enfoque educativo e motivacional, objetivando o comprometimento do paciente com a realização de mudanças em seu comportamento, numa perspectiva de diminuir o risco de danos relacionados ao uso abusivo de drogas. Embora a IB possa ser utilizada em outros serviços de saúde, sua utilização na APS é muito importante, pois este nível de atenção favorece à manutenção de vínculo com o usuário, bem como a realização do monitoramento da situação do sujeito (PEREIRA *et al.*, 2013).

A IB, bem como as estratégias de Rastreamento (ERIBS), foi desenvolvida pela OMS. Ambas visam ao rastreamento de casos e promoção de intervenções para reduzir riscos relacionados ao uso de substâncias. Os ERIBS são bastante efetivos na prática clínica da APS, pois buscam se ajustar à rotina de uma unidade básica. Desse modo, em um primeiro momento, o usuário responde a um breve questionário autoaplicável, cuja análise pode ser realizada em menos de um minuto (MORERR-PIRES; LIMA; KATSURAYAMA, 2010).

O primeiro passo da IB consiste na triagem, ou seja, na identificação de pessoas cujo consumo pode ocasionar riscos à saúde. Os instrumentos que podem ser utilizados na triagem são o AUDIT (questionário de identificação de Transtornos pelo Consumo de álcool) e o CAGE (*cut down/Annoyed/guilty/eye-opener questionnaire*), pois são questionários breves e de fácil aplicação, no entanto não se propõem a diagnosticar, mas apontam prováveis casos de abuso. Essa triagem proporciona informações para o profissional de saúde na elaboração de um plano de intervenção (SEGATTO *et al.*, 2007).

O AUDIT foi desenvolvido pela organização mundial da saúde (OMS), no final da década de 1980, através de um projeto que envolve seis países: Austrália, Bulgária, Quênia, México, Noruega e Estados Unidos (SANTOS *et al.*, 2012). É composto por dez questões que auxiliam na identificação de quatro tipos de padrões diferentes de consumo: uso de baixo risco (consumo que, geralmente, não está associado a problemas), uso de risco (consumo que poderá levar a algum problema), uso nocivo (consumo que já tenha levado a problemas) e dependência (MORETTI-PIREZ; CONRADI-WEBSTER, 2011).

O CAGE foi elaborado na década de 1970, consiste em um questionário com quatro perguntas, contendo respostas objetivas (sim/não), por ser de fácil aplicação é amplamente aceito e utilizado por profissionais dos serviços. O instrumento foi validado em 1983 (CORRADI-WEBSTER; LAPREGA; FURTADO, 2005).

O citado questionário é outro instrumento composto por quatro questões referentes ao anagrama *cut-down*, *annoyed*, *guilty* e *eye-opener*. *Cut down*: Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? *annoyed*: *annoyed* As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida? *guilty*: *annoyed*: O senhor se sente chateado consigo mesmo pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? *Eye-opener*: Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (PAZ FILHO *et al.*, 2001).

Apesar de demonstrarem efetividades em estudos internacionais e nacionais, a maioria aborda as estratégias de IB apenas para o uso de álcool, no entanto, sabe-se que existem usuários de diferentes drogas atendidos pelas ESF, inclusive usuários de *crack*. Além disso, com algumas adaptações, essas estratégias de IB também podem ser utilizadas para sujeitos que abusam de *crack*, já que são intervenções simples de motivação que ao serem aplicadas por profissionais capacitados, podem contribuir para importantes mudanças de comportamento.

Da mesma forma que a triagem, os *feedbacks* dados pelos profissionais aos pacientes também não requerem muito tempo, de forma que essas intervenções de IB podem ser muito bem inseridas nas atividades de rotina de um profissional de saúde, por exemplo, durante o atendimento, o médico pode dedicar alguns minutos para aplicar estratégias de IB, utilizando recursos didáticos, bem como avaliando e eliciando a motivação para mudança, preparando o usuário para tomar decisões (MARQUES; FURTADO, 2004).

Além do médico, outros profissionais na APS também podem realizar intervenções de IB, como psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e outros (FLEMING *et al.*, 1999), porém é necessário que esses profissionais sejam preparados, ou seja, é importante que haja uma capacitação prévia (VERARDINO; ZERBETTO, 2014).

Os primeiros estudos sobre bons resultados na utilização de intervenções breves surgiram no final da década de 1980 e início da década de 1990. Dentre as

primeiras publicações internacionais está um estudo, liderado por Griffith, que mostra que uma simples advertência sobre o uso excessivo e os possíveis problemas direcionados no atendimento médico, durante uma consulta, faziam com que os usuários reduzissem significativamente o consumo. No Brasil, ainda na década de 1980, a Dra. Jandira Masur criou, na Escola Paulista de Medicina, um dos primeiros grupos de pesquisadores brasileiros que se propunham a estudar cientificamente problemas relacionados ao uso de drogas e a efetividade de cuidados oferecidos para pessoas com tais problemas (FORMIGONI, 1992).

Em 1988, Masur e colaboradores do Departamento de Psicologia da Escola Paulista de Medicina, juntamente com Sanchez-Craig e Wilkinson, com o objetivo de estudar a efetividade da IB para usuários de drogas, realizaram um estudo clínico controlado, desse modo foi avaliada a efetividade da intervenção breve comparada a um grupo controle de pacientes atendidos em grupo de psicoterapia. Os resultados das duas modalidades foram semelhantes, no entanto a terapia grupal mostrou uma pequena vantagem sobre a IB, assim foram implementadas algumas mudanças nas estratégias breves (FORMIGONI, 1992).

Um estudo realizado com usuários com mais 65 anos, atendidos por um serviço de atenção primária nos Estados Unidos, concluiu que a IB foi eficaz para esta população, pois os sujeitos que receberam a intervenção mostraram significativa redução no uso de álcool, visto que diminuíram episódios de compulsão pela bebida, bem como a frequência do consumo excessivo de álcool. A observação de redução do consumo de bebidas ocorreu no período de 12 meses, sugerindo que os efeitos da IB podem ser duradouros. Além da diminuição do consumo, os usuários que receberam IB também se mostraram mais motivados para buscar encaminhamentos especializados (FLEMING *et al.*, 1999).

Ainda sobre a efetividade das Intervenções Breves realizadas em APS, Bendtsen e Akerlind (1999) comentam que apenas cinco minutos de aplicação dessas estratégias podem ser significativos para uma diminuição no consumo do álcool.

Desse modo, apesar de muitos estudos afirmarem a efetividade da IB na APS, as equipes da ESF enfrentam muitas dificuldades para implementar essas ações, dentre elas destacam-se a falta de tempo e de treinamentos específicos para uso desse tipo de intervenção; medo da hostilidade dos usuários; percepção de que esse tipo de estratégia não faz parte de suas funções (o que denota uma formação

ainda focada no modelo biomédico); a crença de que os usuários não respondem a esse tipo de intervenção, sendo efetivos somente serviços especializados (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011; SEGATTO *et al.*, 2007).

Por fim, ressalta-se que as práticas dos profissionais que trabalham com usuários de drogas na APS devem estar relacionadas à saúde coletiva, tal fato implica uma atuação comprometida com o social, tendo em vista um sujeito integrado e histórico. A articulação com a Saúde Coletiva implica também uma prática realizada a partir de equipes profissionais, que vise ao atendimento das demandas do usuário em suas várias dimensões. Nessa perspectiva, destaca-se a clínica ampliada.

Nesse contexto, destaca-se a multiprofissionalidade, o trabalho no território e em rede, articulado por equipes de referência que se responsabilizam pela condução e pelo acompanhamento dos casos, o trabalho a partir de uma perspectiva ampliada da clínica, não restrita a aspectos biomédicos, voltada para o segmento longitudinal com responsabilidade e vínculo (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

A clínica ampliada tem por objetivo promover inovações nas práticas gerenciais e de produção da saúde, visando à participação e autonomia do usuário no projeto terapêutico. Ampliar e compartilhar a clínica implica ir além de aspectos orgânicos relacionados à saúde doença, significa construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade, de forma conjunta e participativa, trabalhando diferentes enfoques, a partir de ações em equipe e intersetorial. Nesse sentido, o diagnóstico não deve ser pautado apenas no aspecto orgânico, deve-se considerar também o que o sujeito apresenta de diferente, ampliando assim o objeto de trabalho (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, o principal recurso utilizado é o projeto terapêutico singular, uma vez que incorpora a noção interdisciplinar que pressupõe a contribuição, de forma articulada, de diferentes especialidades e profissões. Após uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordadas as atividades e intervenções para o caso, por membro da equipe multiprofissional (PINTO *et al.*, 2011).

O trabalhador deve ser capaz de observar o contexto e de conhecer o território da área de abrangência da unidade, considerando: a história do lugar, aspectos geofísicos, estruturais, sanitários e sociais. Deve também conhecer os

aspectos sociopolíticos, as lideranças locais e os riscos sociais, para a realização de uma atuação comunitária e intersetorial. Também é necessário o conhecimento dos principais problemas e necessidades de saúde da comunidade, perfil epidemiológico, questões relacionadas ao acesso aos serviços de saúde (SUNDFELD, 2010).

Dentre as ferramentas que podem ser utilizadas, destacam-se a entrevista diagnóstica, de modo a subsidiar estudo de caso e a elaboração de projeto terapêutico singular, com base nas necessidades sociais e de saúde, as ações de acolhimento individual e coletivo, o acompanhamento de casos na perspectiva de gestão do cuidado, a busca ativa em saúde mental, a visita domiciliar e o uso de ferramentas como o genograma e o ecomapa (DIMENSTEIM; MACEDO, 2012).

Diante do exposto, apesar de não haver um protocolo que oriente as práticas clínicas direcionadas ao atendimento do usuário de drogas na atenção Primária à Saúde, a ESF pode utilizar a IB, bem como pautar suas atividades e intervenções na clínica ampliada, pois além da estratégia apresentar bons resultados em estudos, adequa-se muito bem à dinâmica e alta demanda deste serviço.

### **3.5.2 Acesso como objeto de avaliação**

O acesso deve ser considerado um objeto de avaliação, pois de acordo com os princípios doutrinários do SUS e com a aprovação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser considerada um direito relacionado à cidadania, e garantido a todos, sendo dever do Estado assegurar o acesso à saúde. Assim, a avaliação do acesso é fundamental para a garantia do direito à saúde.

De forma literal, acesso à saúde pode ser definido como o ato de chegar, ingressar, entrar, aproximar-se e alcançar serviços de saúde. Assim, todos os aspectos que atrapalhem essa chegada ao serviço de saúde podem ser vistos como dificuldades no acesso à saúde (ASSIS *et al.*, 2010).

De um modo simples, o acesso pode ser entendido como um mecanismo de “porta de entrada” para os serviços de saúde, nesse caso pode ser considerado acolhimento para o usuário no momento de sua necessidade, bem como o caminho percorrido por ele. Contudo, o acesso não pode ser definido apenas como porta de

entrada, uma vez que pode ser considerado um mecanismo transformador da realidade, pois somente através do entendimento de que a saúde é um direito de todos, consciência da cidadania, é que se garantirá o acesso universal do usuário ao sistema de saúde (JESUS; ASSIS, 2010).

O acesso à saúde como objeto de avaliação ganha importância a partir da consolidação do SUS, que reafirma a saúde como um bem público, sendo o Estado o responsável pela regulação e controle do acesso à saúde. No entanto, no Brasil ainda persistem os acessos seletivo, excludente e focalizado, que se complementam e justapõem diferentes serviços públicos (ASSIS *et al.*, 2010).

Essa relação entre o acesso à saúde e a cidadania pode ser compreendida a partir do contexto histórico de democratização do País, nos anos 80, que culminou com a Constituição Nacional de 1988, que estabeleceu a saúde como direito universal e a sua garantia como dever do Estado. Nesse sentido, o dever do Estado em relação à saúde tem sido entendido pelos organismos governamentais como a necessidade de ampliação do acesso à saúde, através da oferta de um leque maior de serviços, a fim de prover um número maior de demanda (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Portanto acesso relaciona-se com as várias possibilidades de alcançar um serviço de saúde, dentre as variáveis que podem influenciar esse acesso à saúde, Starfield (2004) destaca localização do serviço, disponibilidade de horários e dias em que a unidade atende, bem como possibilidade de atendimento a demandas espontâneas. Além disso, também é importante conhecer a percepção da população sobre aspectos relacionados ao acesso.

O acesso também está relacionado ao entendimento da população sobre o SUS e aos seus direitos à assistência, pois, muitas vezes, a falta de informação interfere na percepção que o usuário possui sobre os serviços. Nesse sentido, as experiências dos sujeitos nos serviços serão influenciadas pela compreensão que possuem sobre os seus direitos (TAVARES *et al.*, 2003).

Sobre o conceito de acesso, Travassos e Martins (2004) destacam que ainda é impreciso, pois autores que se dedicam ao assunto apresentam divergência quanto à conceituação do termo. A terminologia empregada também é variável, alguns autores utilizam o substantivo acessibilidade, enquanto outros empregam acesso. Ainda existem estudos que utilizam os dois termos para referenciar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados em saúde.

Porém, o termo acessibilidade, normalmente, está relacionado à oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, compreende as características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso pelos usuários. Já o termo acesso, geralmente é utilizado com referência à entrada nos serviços de saúde e à continuidade do cuidado, abrangendo, portanto, a entrada nos serviços de saúde, bem como o recebimento de cuidados subsequentes (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Desse modo, ao abranger a acessibilidade, o termo acesso não se restringe ao uso ou não de serviços de saúde, pois inclui também a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos às necessidades de saúde da população (QUINDERÉ *et al.*, 2013).

Portanto, o acesso vai além de questões geográficas para se chegar a um serviço, pois engloba também a acessibilidade aos serviços, ou seja, as condições de vida da população relacionadas com aquilo que o serviço pode oferecer. Dessa forma, o termo possui caráter multidimensional, abrangendo caráter sociopolítico que, por sua vez, deve ser considerado em formulações e execuções de políticas de saúde direcionadas ao alcance da resolubilidade da atenção em todos os níveis de complexidade do sistema (ASSIS; JESUS, 2012).

Ao considerar a acessibilidade, Giovanella e Fleury (1995) discutem o acesso a partir de dimensões política, econômica, técnica e simbólica, apresentando quatro modelos teóricos. O modelo sanitarista-politicista (dimensão política) está relacionado à possibilidade do desenvolvimento da consciência sanitária, considerando as relações que se estabelecem entre políticas de saúde e a conformação histórica do modelo de atenção à saúde; o modelo economicista (dimensão econômica) consiste na relação entre oferta e demanda; o modelo sanitarista-planificador (dimensão técnica) abrange tanto as dificuldades do indivíduo para receber cuidados em saúde como os problemas relacionados a esses serviços e o modelo de representações sociais (dimensão simbólica) refere-se à forma como os indivíduos representam o sistema de saúde.

Diante da construção de modelos explicativos, observa-se que o acesso não está relacionado apenas a serviços, mas sim à saúde, considerada de uma forma ampla. Assim, o acesso à saúde ultrapassa o alcance de um serviço em casos de doenças, pois está relacionado à satisfação das reais necessidades de saúde, expressando-se assim no cotidiano dos cidadãos (SANCHO; SILVA, 2013).

No que diz respeito aos usuários de drogas e à busca pela assistência à saúde, várias dificuldades podem ser encontradas nesse processo, desse modo, diversos aspectos relacionadas à estruturação dos serviços, à dinâmica do atendimento, às atitudes dos profissionais e à reprodução da exclusão social na atenção à saúde dificultam o acesso dessa população ao serviço de saúde. Assim sendo, crenças de que o usuário é um “marginal” ocasionam resistências e dificuldades para o atendimento a este público; ademais, a burocracia, que pode ser observada através da exigência de documentos, bem como a rígida rotina dos serviços, acaba afastando os usuários dos serviços de saúde (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 1998).

Além disso, os serviços de saúde ainda reproduzem um modelo de atenção baseado na abstinência como uma condição para receber algum tipo de assistência à saúde. No entanto, muitas vezes, o usuário, principalmente aquele que faz uso de *crack*, ao buscar ajuda, geralmente, já se encontra em condições de abuso da droga e não consegue interromper o uso para ter acesso a algum tipo de cuidado (ALVES, 2009).

## 4 MÉTODO – EIXO TEÓRICO METODOLÓGICO

### 4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Para estudar o tema da avaliação de pesquisas relacionadas ao usuário de *crack* na APS foi adotada uma perspectiva de análise construtivista, que permite uma adequada aproximação aos pontos de vista dos atores envolvidos: gestores, profissionais e usuários dos serviços. A pesquisa é de natureza qualitativa, pois investiga questões relacionadas a significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, busca aprofundar uma realidade que não pode ser quantificada, uma vez que são questões particulares que devem ser aprofundadas e compreendidas (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2007).

O objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos, pois envolve o universo da produção humana em suas relações, representações e intencionalidade. (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2007).

Desse modo, a pesquisa qualitativa busca investigar questões subjetivas, não tendo, portanto, a pretensão de chegar à verdade, pois, segundo Foucault (2006), não existem verdades no mundo, o que existem são interpretações que podem ser científicas, religiosas ou filosóficas, assim o mundo não é percebido, mas sim, interpretado.

Para contemplar o aspecto avaliativo, o estudo será norteado com base na proposta da quarta geração de Guba e Lincoln (1989), pois busca envolver todos os participantes do estudo nesse processo.

Os autores propõem a abordagem denominada responsiva, uma vez que pretende ser sensível às reivindicações de grupos de interesse; e construtivista, visto que está baseada em um paradigma construtivista, no qual a realidade é uma construção social.

Esse tipo de avaliação envolve os grupos interessados nos seus resultados como fontes de informação. Desse modo, os avaliadores poderão ter uma visão ampla sobre o fenômeno avaliado, considerando as suas várias dimensões, uma vez que os participantes do estudo possuem perspectivas diferentes sobre o contexto estudado (GUBA; LINCOLN, 1989).

A Avaliação de Quarta Geração deve propiciar um processo avaliativo participativo, ao possibilitar os diferentes atores envolvidos no processo de cuidado em saúde, como profissionais, usuários e familiares participarem da atividade avaliativa (KANTORSKI *et al.*, 2009).

Assim, a Avaliação de Quarta Geração constitui-se uma importante possibilidade metodológica no campo da avaliação, pois possibilita o acesso a diferentes questões pouco possíveis de serem aprendidas por mediações e indicadores, mas que influenciam nas condições do fenômeno avaliado. Ademais, uma metodologia participativa permite o controle do processo e dos resultados da avaliação compartilhada pelos avaliadores e pelos grupos de interesse (KANTORSKI *et al.*, 2009).

#### **4.1.1 Hermenêutica dialética**

O estudo buscou uma aproximação da hermenêutica dialética. A abordagem interpretativa pertence à tradição hermenêutica, na qual a experiência do indivíduo coloca-se no primeiro plano na produção dos discursos científicos, dentro de uma perspectiva que procura o significado das ações na relação entre interpretante e interpretado, numa tentativa de superar a distinção entre sujeito e objeto (CAPRARA, 2003).

Para Ricoeur (1990), a hermenêutica é a interpretação do sentido do não dito, ou seja, é uma tentativa de especificar o significado do que é essencial na descrição da experiência, nessa perspectiva, o objetivo é alcançar uma teoria da interpretação do ser, buscando um “método reflexivo” que esclareça a existência.

Para Gadamer (1997), a compreensão é relacionada à experiência estética e ao conhecimento histórico na hermenêutica. Desse modo, para o autor a compreensão deve estar situada em um contexto em que haja uma fusão constante entre passado e presente, assim, a compreensão não deve ser vista como uma ação da subjetividade de uma pessoa, pois ela ocorre por meio da linguagem.

A hermenêutica de Gadamer recebeu influência Heideggeriana em relação à historicidade e à temporalidade no processo de interpretação, ou seja, o homem deve ser visto como um sujeito inserido em um determinado contexto social que deve ser levado em consideração. Desse modo, os dois pensadores divergiam de Dilthey e Husserl que, por sua vez, partiam do cogito puro do eu transcendental,

ao considerar a intencionalidade da consciência, para, então, chegar à interpretação, demonstrando um método interpretativo ainda relacionado ao pensamento de Descartes (HABERMAS, 1987).

Contudo, Gadamer (1997) também apresenta divergências em relação a Heidegger, principalmente no que diz respeito à relação entre sujeito e objeto, pois na hermenêutica de Heidegger, o filósofo admite a historicidade, o ser no mundo, porém ainda revela a possibilidade de um sujeito que investiga o objeto. Já Gadamer (1997) considera que o sujeito não pode ser separado de sua historicidade, pois este estabelece relações complexas com o seu contexto social de tal forma que não pode ser visto separadamente, desse modo o sujeito acaba se tornando, também, objeto de investigação (HABERMAS, 1987).

As abordagens humanistas, a partir de Husserl, buscam romper com a dicotomia cartesiana e, ao mesmo tempo, se contrapor ao conhecimento científico relacionado ao positivismo, visto como única forma de se chegar a um conhecimento universal. Assim, Husserl define a psicologia fenomenológica como a ciência que se ocupa das estruturas internas e puras, acreditava, assim, que a psicologia não deveria se ocupar das experiências externas, deveria, pois, voltar-se para a vida interna, propõe assim a redução fenomenológica, processo no qual o mundo é posto entre parênteses, para que a investigação se ocupe apenas das operações da consciência. Desse modo, seu pensamento está relacionado a um idealismo transcendental (AMATUZZI, 2009).

Já Heidegger, ao criticar Husserl, abandona os termos consciência e intencionalidade, pois expressava insatisfação pela busca de uma essência da consciência. Nesse sentido, Heidegger propõe o conceito de Dasein em vez de consciência, pois o termo refere-se ao existir humano que se realiza no mundo. Desse modo, tendo em vista a finitude do homem, a temporalidade e a historicidade serão fundamentais na análise Heideggeriana (MOREIRA, 2010).

Contudo, para Gadamer (2002), Heidegger entra na problemática da hermenêutica e das críticas históricas com a finalidade ontológica de desenvolver, a partir delas, a pré-estrutura da compreensão, estando vinculada, diretamente, ao problema do conhecimento, demonstrando, portanto, uma preocupação com o método para se chegar a uma verdade.

Para Gadamer (1997), a possibilidade de compreender e interpretar não se limita apenas ao domínio da ciência, assim, o autor discute sobre a

universalidade da hermenêutica, haja vista que a interpretação e a compreensão estão presentes nas relações humanas para com o mundo, portanto podem manifestar-se na arte, na filosofia dentre outras experiências humanas. Contudo, o autor também argumenta sobre a finitude dessa compreensão, uma vez que a interpretação está relacionada à historicidade daquele que interpreta, sugerindo, portanto, uma verdade que não é universal.

Nesse sentido, Gadamer não se preocupa com o estabelecimento de um método, mas pretende, em *Verdade e Método*, construir uma teoria acerca de questões preliminares ligadas ao fenômeno da compreensão (ZANIN, 2010).

Portanto, a hermenêutica é o processo compreensivo da análise da realidade. Contudo, essa análise da realidade além de compreensiva também pode ser crítica, por meio do processo dialético de investigação (MINAYO, 2010). Desse modo, o estudo adquire maior complexidade ao integrar essas duas dimensões, a compreensão e a crítica.

A dialética refere-se ao método de abordagem da realidade, reconhecendo-a como um processo histórico e dinâmico, possuindo, portanto, um caráter provisório e de transformação. Desse modo, a dialética pode ser considerada uma estratégia de compreensão e apreensão da prática social, numa tentativa de articulação entre sujeito e objeto. A dialética é considerada uma estratégia metodológica apoiada no caminho teórico do materialismo histórico. No entanto, o termo é antigo, vem da filosofia grega e traz um sentido dinâmico de inquietação e questionamento sobre as coisas, os fatos da vida e da sociedade (MINAYO, 2010).

O pensamento dialético pode ser observado já nos pré-socráticos, a partir do método de busca da verdade, que consistia na formulação de perguntas e respostas para deixar vir à tona a incongruência das questões falsas. Em Sócrates, percebe-se a dialética através do método questionador conhecido como “maiêutica” que consistia em questionar os interlocutores através da própria contradição de ideias apresentadas por estes em seus discursos. Em Platão, a dialética é um método de passagem de um conhecimento sensível para o conhecimento racional. Em Aristóteles, a dialética significa a dedução que parte de premissas formuladas sobre opiniões prováveis. No pensamento estoico, a dialética é sinônimo de lógica formal (MINAYO, 2010).

Somente no século XI, a noção grega de dialética foi retomada pelo filósofo Abelardo. Nessa época, a dialética era concebida como método adequado

para formular dúvidas e críticas, no entanto, em Descartes, a dialética é mencionada como uma lógica falsa e inadequada ao uso da razão, porém Kant, em *Crítica da Razão Pura*, questiona a razão como algo transcendente. Contudo, foi em Hegel que a dialética foi aprofundada; para o autor, a dialética é a forma como o mundo funciona, a partir da contradição e do movimento, contudo Hegel é considerado um idealista, pois acreditava na primazia das ideias na construção da realidade. A dialética de Marx apoia-se nas ideias de Hegel, entretanto Marx inverte os termos de reflexão ao acreditar que a transformação da realidade é que cria as ideias (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2007).

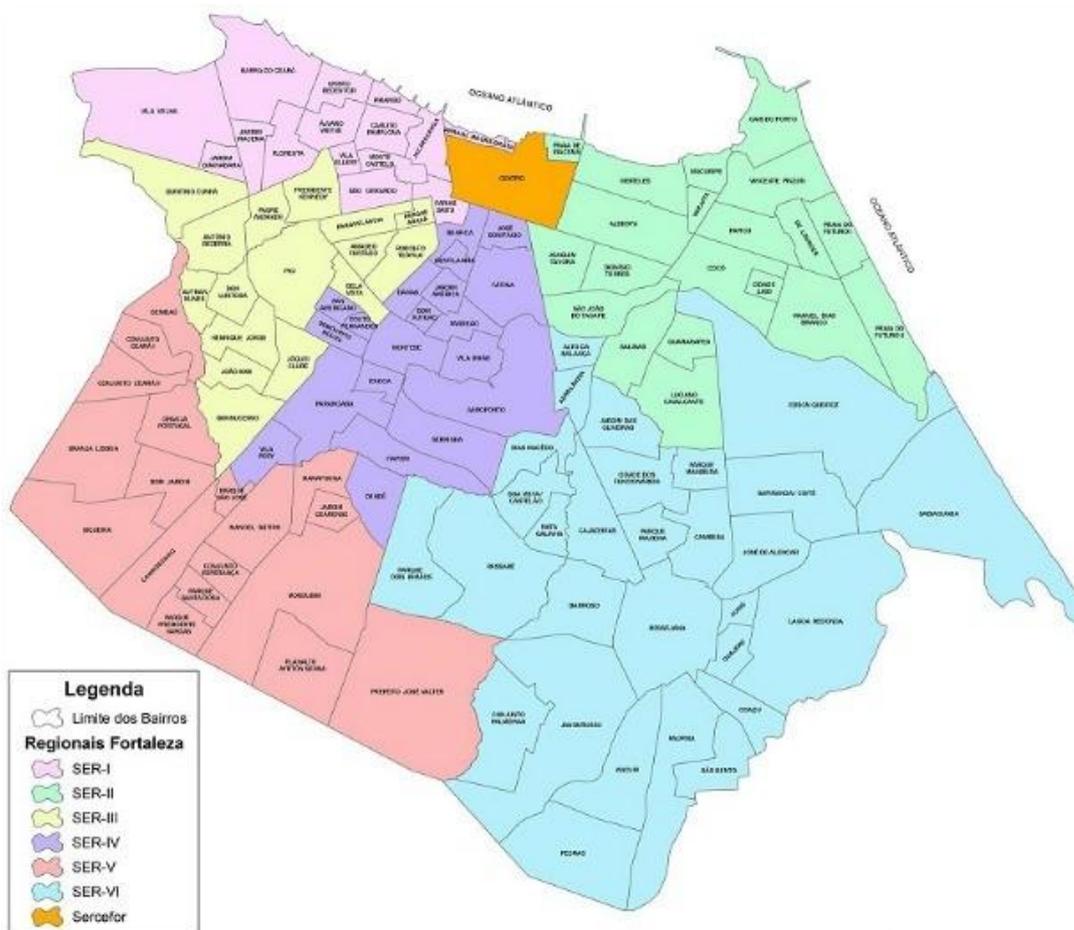
A dialética sustenta a tese da especificidade histórica da vida humana, segundo ela nada existe totalmente dado, eterno, fixo e absoluto, portanto não há ideias, instituições ou categorias estáticas. Assim, toda vida humana e social está sujeita a transformações, pois se guia pelo princípio do conflito e da contradição para explicar o inacabado, o imperfeito e a transformação (MINAYO, 2012).

Enquanto a hermenêutica possibilita a compreensão, a dialética estabelece uma atitude crítica. Assim, a análise hermenêutica dialética visa compreender a prática social empírica dos indivíduos em uma sociedade, considerando a contradição nela existente. Portanto, a hermenêutica busca as bases do consenso da compreensão, na tradição e na linguagem; e o método dialético introduz, na compreensão da realidade, o princípio da contradição, como algo permanente e que pode ser explicado pela transformação (MINAYO, 2010).

#### 4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O município de Fortaleza está dividido administrativamente em sete Secretarias Executivas Regionais (SER): I, II, III, IV, V, VI e Centro, que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais. No sentido de instituir uma administração descentralizada, cada SER dispõe de um Distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infraestrutura. Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada pelas seis SER, pelos seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMSF) (FORTALEZA, 2014).

**Figura 1 – Distritos de Fortaleza**



Fonte: Fortaleza (2014).

Para a escolha do cenário da pesquisa foi realizada observação no campo durante dois dias em cada campo, com a finalidade de escolher os participantes da pesquisa avaliativa, bem como as regionais que seriam incluídas no estudo. Inicialmente, o intuito foi realizar rodas de conversas com os trabalhadores que atuam no cuidado na rede assistencial das regiões I, II, III, IV, V., VI, VI e Centro. Contudo, devido à sobrecarga de trabalho nos serviços de APS, os profissionais não dispuseram de tempo, desse modo, foram realizadas apenas observações e conversas informais.

No entanto, como os trabalhadores não souberam informar se os serviços em questão já haviam sido cenário de pesquisas sobre assistência aos usuários de *crack*, foi realizada uma busca na COGTES, para identificar as pesquisas sobre a

temática. Assim, somente após a realização das buscas na COGTES, foram definidas as regionais IV e V, uma vez que essas regiões foram cenário de pesquisas sobre o assunto.

Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada pelas sete SERs, pelos seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – SMSF (FORTALEZA, 2014).

A cidade de Fortaleza iniciou seu desenvolvimento às margens do Rio Pajeú. Sua localização está no litoral norte do estado do Ceará e limita-se: ao norte e ao leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz, respectivamente; ao sul, com os municípios de Pacatuba e Itaitinga, e a oeste, com os municípios de Caucaia e Maranguape (FORTALEZA, 2007).

Conta com a afluência de 16 bacias hidrográficas, sendo as mais importantes as dos rios Ceará, Pacoti, Cocó e Maranguapinho. A cidade contém ainda sete lagoas de médio porte: Messejana, Parangaba, Maraponga, Mondubim, Opaia, Pajuçara e Jaçanaú (FORTALEZA, 2007).

O clima é, predominantemente, equatorial e intertropical, favorecido por suave e constante brisa vinda do mar, o que proporciona uma temperatura média de 27°. As chuvas são mais frequentes nos meses de janeiro a julho, numa média anual de, aproximadamente, 1.600mm (FORTALEZA, 2007).

Considerada a quinta maior cidade do País, sua área de 313,8 Km<sup>2</sup> e sua população, estimada pelo IBGE, de 2.374.944 habitantes, em 2005, resulta uma densidade demográfica em torno de 6.818 habitantes por Km<sup>2</sup>. Destes, 53,2% são do sexo feminino, 40,4% encontram-se na faixa etária de zero a 19 anos e a população com 60 anos de idade ou mais corresponde a 7,48% do total (FORTALEZA, 2006).

A economia de Fortaleza se concentra no comércio atuante e bem diversificado. O Centro da cidade é o local de referência para o terceiro setor, porém a cidade ainda conta com a estrutura de dez *shoppings centers* que atendem aos consumidores de seus principais bairros. A produção industrial está basicamente centrada nos ramos de vestuário-calçados (artefatos de tecidos, couros e peles), alimentos (extração e beneficiamento), minerais não metálicos e produtos têxteis (FORTALEZA, 2007).

A partir de 1995, o turismo despontou como atividade de extraordinário crescimento. A demanda turística via Fortaleza aumentou, em média, no período de 1995 a 1999, 16,5% ao ano. A cidade de Fortaleza tem, hoje, no Turismo, uma eficiente fonte de geração de emprego e renda (FORTALEZA, 2007).

As manifestações folclóricas cearenses têm suas raízes na miscigenação das crenças e costumes dos brancos e negros que chegaram aos primórdios da povoação, com os indígenas (nativos). As manifestações folclóricas cearenses mais conhecidas são: Bumba meu boi ou Boi-Ceará (cantos e danças de culto religioso ao boi, de tradição lusuibérica); Dança do Coco (originária dos negros, sendo que no litoral é somente para homens e no sertão é dançada aos pares); Torém (dança indígena originária dos Tremembés); Maracatu (de origem africana, consiste num cortejo dançante e homenagem aos reis); e Violeiros, Cantadores e Emboladores (manifestação musical, na maioria das vezes, expressando críticas sociais. É de origem tipicamente nordestina) (FORTALEZA, 2007).

A organização do sistema municipal de saúde tem se dado em Fortaleza por meio de Redes Assistenciais (RAs), a saber: Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família; Rede Assistencial Ambulatorial Especializada; Rede Assistencial da Urgência e Emergência; Rede Assistencial Hospitalar e Rede Assistencial da Saúde Mental (FORTALEZA, 2007).

A Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família apresenta o Programa Saúde da Família como eixo estruturante da organização do sistema municipal de saúde. Nesse sentido, a operação Fortaleza Bela, em 2006, trabalhou na estruturação dessa rede, concluindo a reforma de 77 (setenta e sete) unidades dispostas nas seis regionais da cidade. Ainda no mesmo ano, o número de equipes de trabalho foi ampliado, contabilizando em dezembro de 2006 um total de 304 equipes cadastradas no Ministério da Saúde, das quais 240 compostas por profissionais médicos.

Nessa data, o município também contava com 196 equipes de saúde bucal, as quais realizaram no ano de 2006 um total de 465.009 procedimentos (FORTALEZA, 2007). Destacam-se como trabalhos importantes desta rede assistencial: atenção ao idoso, controle de hipertensão e diabetes mellitus, programa de combate à tuberculose, programa de controle e eliminação da hanseníase, atenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e a AIDS, programa de alimentação e nutrição, e bolsa família.

### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

#### a) A entrada em campo

Os participantes da pesquisa foram compostos por coordenadores da APS (compreendendo ESF e NASF); trabalhadores de saúde da APS, usuários da APS e seus familiares, que os acompanhavam.

Como critério de inclusão, foi estabelecida a participação prévia em outra pesquisa relacionada ao assunto, para todos os participantes, exceto para usuários e familiares, uma vez estes que não souberam informar. Também foram estabelecidos para os coordenadores da APS: aqueles ocupantes dos cargos de coordenação dos serviços de APS; para trabalhadores e profissionais: aqueles que estiverem atuando na equipe de APS; para usuários: aqueles que estiverem em atendimento na APS; e para famílias: familiares de usuários em atendimento. Como mostra o quadro abaixo:

Esses sujeitos foram escolhidos por apresentarem relação direta com o objeto de investigação do estudo.

**Quadro 1 – Critérios de seleção**

<b>Grupo</b>	<b>Representação</b>	<b>Critérios de seleção</b>
I	Gestores/coordenadores	Ocupantes de cargos de coordenação-regional e municipal da APS, bem como ocupantes dos cargos de coordenação dos serviços de APS: ESF e NASF; participação prévia em outra pesquisa relacionada ao assunto.
II	Trabalhadores e profissionais	Atuação na equipe ESF e NASF; participação prévia em outra pesquisa relacionada ao assunto.
III	Familiares acompanhantes de usuários	Familiares dos usuários atendidos no período mínimo de três meses; participação prévia em outra pesquisa relacionada ao assunto.
IV	Usuários que frequentam o serviço	Atendimento na APS no período de três meses; participação prévia em outra pesquisa relacionada ao assunto.

Fonte: elaborado pela autora.

Como critérios de exclusão adotados para os coordenadores, gestores e trabalhadores de saúde, delimitou-se excluir aqueles que estivessem de férias ou de licença durante o período da coleta de informações. Com relação aos usuários, foram excluídos da amostra pessoas que apresentaram disfonia, disartria ou desorientação espaço-temporal. Para os familiares, foram excluídos aqueles que não possuíam relação de cuidado com o usuário.

Durante as coletas, conforme a pesquisadora foi conhecendo melhor o campo, bem como os profissionais envolvidos com a educação permanente, percebeu-se a necessidade de incluir pessoas que não foram estabelecidos como participantes do estudo, anteriormente, e que não necessariamente haviam participado de alguma pesquisa sobre o assunto, mas conheciam os aspectos relacionados aos fluxos das pesquisas nos serviços de saúde do município. Estes sujeitos foram incluídos, pois conheciam as questões relacionadas à articulação entre pesquisas e práticas nos serviços de saúde. Os participantes incluídos foram: os assessores de educação permanente e integrantes da Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas do município de Fortaleza/Ceará, conforme o quadro abaixo:

**Quadro 2 – Participantes incluídos no estudo**

<b>Assessores técnicos em educação permanente</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Nomenclatura</b>
Cogtes	1	Assessor técnico 1
NUCIT	1	Assessor técnico 2
Regional II	1	Assessor técnico 3
Regional III	1	Assessor Técnico 4
Regional IV	1	Assessor técnico 5
Regional VI	1	Assessor técnico 6

Fonte: Elaborado pela autora

A nomenclatura contida na terceira coluna do quadro acima foi considerada na apresentação dos resultados, ao destacar trechos das entrevistas com esses profissionais.

Também foram incluídos os profissionais integrantes dos núcleos da CPdrogas, conforme quadro abaixo:

**Quadro 3 – Participantes da CPdrogas**

<b>Profissionais integrantes da CPdrogas</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Nomenclatura</b>
Núcleo de pesquisa	1	Gestor 1
Núcleo de acolhimento	1	Gestor 2
Núcleo de integração, articulação e monitoramento	1	Gestor 3
Núcleo de educação permanente	1	Gestor 4

Fonte: Elaborado pela autora

O número de participantes foi composto de 19 trabalhadores de saúde da ESF e NASF, dois usuários e dois familiares, seis membros da Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas do município de Fortaleza, um coordenador da ESF, um assessor técnico em educação permanente da COGTES, quatro assessores técnicos de educação das regionais, um assessor técnico de educação permanente do estado (NUCIT)

**QUADRO 4 – Composição dos representantes do estudo**

<b>Grupo</b>	<b>Representação</b>	<b>COMPOSIÇÃO AMOSTRAL</b>		
		<b>Local</b>	<b>Representantes</b>	<b>Amostragem inicial<sup>1</sup></b>
I	Assessores técnicos em educação permanente das regionais	Regionais I, III, IV e V		4
II	Assessor técnico em educação permanente do estado	NUCIT		1
III	Assessor técnico da COGTES	COGTES		1
IV	Membros da Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas	Profissionais integrantes dos núcleos da Coordenadoria		6
	Trabalhadores de saúde	Estratégia Saúde da Família	Equipe de saúde	15
		Estratégia de saúde da família	Coordenador	1
		Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Equipe de saúde	4
	Usuários	Atendidos no território da ESF/NASF	-	2
	Familiares dos usuários	Familiares/cuidadores de usuários atendidos no território da ESF/NASF	-	2

Fonte: elaborado pela autora

#### 4.4 INSTRUMENTOS, TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS

A coleta de dados teve início com a observação em Unidades Básicas de Saúde das regionais IV e V. Durante as observações, a pesquisadora foi informada que alguns profissionais e trabalhadores dos serviços já haviam participado de pesquisas sobre a temática relacionada a usuários de drogas.

Apesar de os participantes incluídos neste estudo terem afirmado participação em outras pesquisas sobre o assunto, nenhum recordava o tema do estudo anterior, apenas lembravam que era sobre o abuso de drogas. Os coordenadores das Unidades Básicas não possuíam qualquer registro sobre as pesquisas realizadas anteriormente nos serviços.

A observação, como técnica de coleta de dados, utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade, no entanto, não consiste apenas em ver e ouvir o que ocorre ao seu redor, mas também examinar fatos ou ferramentas que se deseja estudar (RUDIO, 2004).

A observação é imprescindível para a realização de qualquer processo de pesquisa científica. Optou-se pela observação sistemática. Ela sugere uma estrutura determinada, na qual serão anotados os fatos ocorridos, contemplados nos objetivos da pesquisa (RICHARDSON *et al.*, 1999).

Este tipo de observação é realizado em condições controladas para responder a propósitos anteriormente definidos, portanto requer um planejamento e necessita de operações específicas para o seu desenvolvimento. Podem ser utilizados quadros, anotações, escalas, dispositivos mecânicos (RUDIO, 2004).

A observação sistemática é um instrumento utilizado para desvendar conhecimento através de passos, orientado por conhecimentos teóricos, que buscam explicar os fenômenos, suas correlações e aspectos não revelados (GOLDEMBERG, 2002).

As observações foram registradas em diário de campo, sendo disponibilizadas para os sujeitos participantes aprovarem, reprovarem ou acrescentarem mudanças no texto. Os registros foram utilizados como material de análise, após aprovação das pessoas envolvidas.

As observações foram realizadas a partir do relatório das pesquisas investigadas, ou seja, o roteiro de observação foi construído a partir dos resultados das pesquisas.

Posteriormente, foi realizado o levantamento de todos os projetos em saúde, realizados no município de Fortaleza/CE, a fim de identificar temáticas envolvendo os cuidados aos usuários de *crack* na APS. Nesta etapa, foram utilizados documentos como fonte de informação, entrevistas com informantes-chave e com o assessor técnico de educação permanente da COGTES. Ao final desta etapa, foi possível identificar as temáticas mais investigadas nos serviços de saúde.

O referido levantamento foi realizado na COGTES, uma vez que é função da instituição a análise dos projetos de pesquisa propostos pelas instituições de ensino superior e institutos de pesquisa (instituições proponentes) para execução nas unidades da rede municipal de saúde.

Ressalta-se que foi excluído, da busca na COGTES, o projeto guarda-chuva, da Universidade Estadual do Ceará, uma vez que é da autoria da orientadora do presente estudo.

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), representada pela COGTES, atua, pois, nessas pesquisas, como instituição coparticipante e, por conseguinte, deve assumir a corresponsabilidade pela realização de tais estudos. Conforme recomendação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), a apreciação dos projetos de pesquisa é prerrogativa das instituições coparticipantes, que manifestam a sua anuência acerca do estudo, por meio da emissão de declaração apropriada.

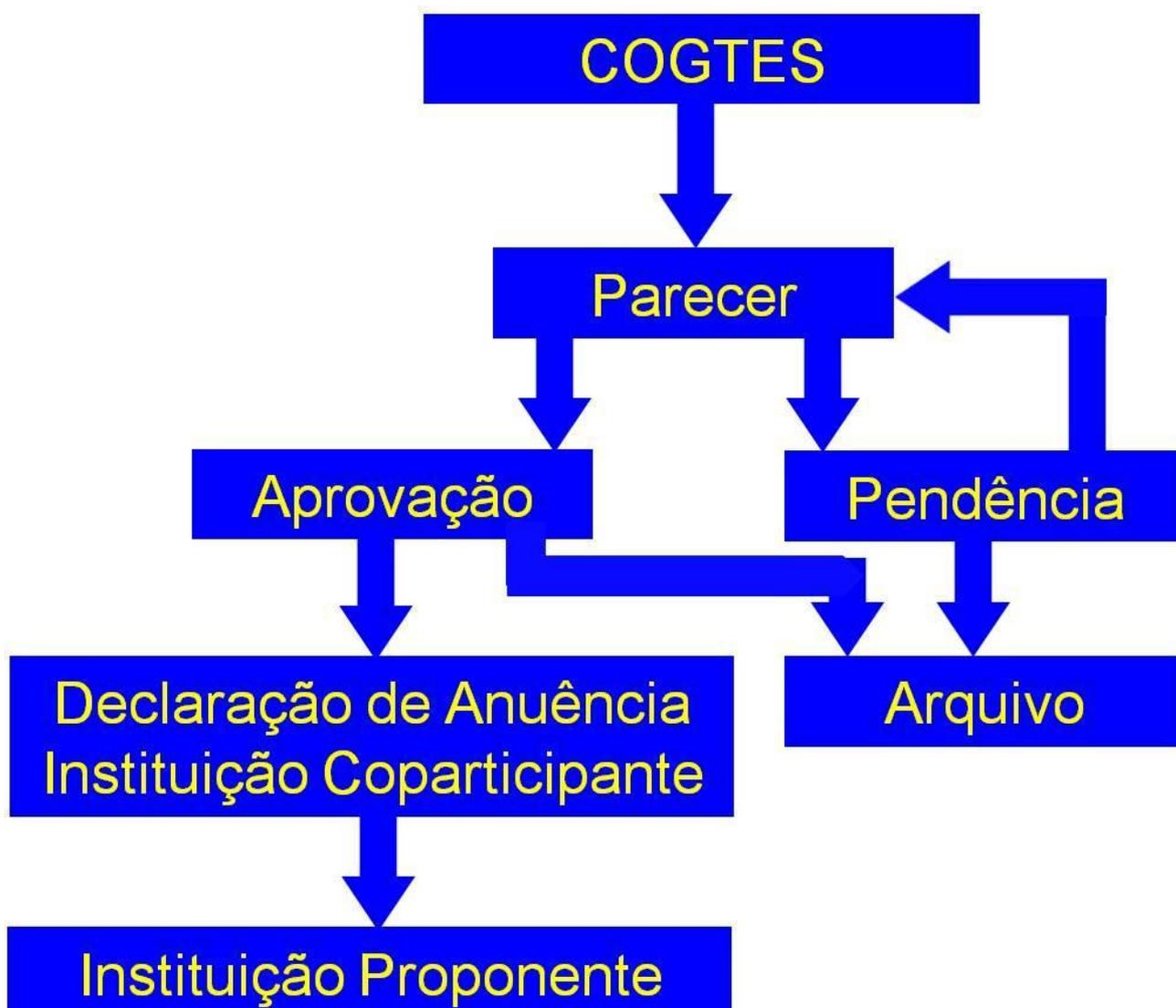
Assim, ao apreciar os projetos de pesquisa, a COGTES objetiva analisar tais projetos no que concerne ao mérito científico, à obediência e aos preceitos éticos e à relevância social do estudo, com o propósito de fomentar, no âmbito da SMS, a produção do conhecimento no campo das Ciências da Saúde, que propicie benefícios para as políticas de saúde da SMS e para os usuários da rede municipal de saúde.

Figura 2 – Fluxo da submissão de projetos à COGTES



Fonte: COGTES

Figura 3 – COGTES



Fonte: COGTES

Após os levantamentos de pesquisas, ocorreu a entrada em campo, dando início à investigação nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES), nas quais foram realizadas entrevistas com os assessores técnicos de educação permanentes das regionais II, III, IV e VI.

Em seguida, foram realizadas entrevistas na Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas (CPdrogas), cuja composição abrange uma equipe interdisciplinar que visa garantir os direitos humanos e promover uma política intersetorial sobre drogas. A Coordenadoria é vinculada ao gabinete do prefeito, com *status* de Secretaria Municipal. Foram entrevistados integrantes dos núcleos de formação, acolhimento, integração, articulação e monitoramento, e de pesquisa.

Finalmente, foram realizadas entrevistas em profundidade com profissionais e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, abrangendo a Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

#### **4.4.1 Entrevista em profundidade**

Para Minayo (2008), a entrevista é uma das técnicas mais importantes para a coleta de dados, sendo a mais usada no processo de trabalho de campo. As entrevistas podem ser estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas. No presente estudo, optou-se pela entrevista não estruturada, ou seja, entrevista em profundidade.

A técnica da entrevista em profundidade está relacionada às experiências cotidianas do sujeito; desse modo, deve ser iniciada com perguntas mais concretas e factuais para passar a perguntas que envolvam reflexões mais abstratas e julgamentos. Portanto, as perguntas são formuladas para irem além da espontaneidade, em direção ao que, geralmente, não é dito (DA SILVA, 2005).

O objetivo da entrevista em profundidade é facilitar o “discurso livre”, pois nos primeiros minutos da entrevista, há uma inibição da espontaneidade, prevalecendo conteúdos do superego em relação ao ego, ou seja, o sujeito expõe somente aquilo que já passou por uma avaliação moral pessoal e, muitas vezes, oculta o conteúdo mais importante do objeto de pesquisa. Nesse sentido, as intervenções do pesquisador devem ocorrer somente com o objetivo de aprofundar a compreensão do fenômeno em estudo (DA SILVA, 2005).

A entrevista em profundidade tem um caráter subjetivo, uma vez que toda interpretação deve considerar a perspectiva da pessoa analisada. Assim, busca-se compreender as experiências do sujeito e o mundo, através do sujeito, desse modo, esse tipo de entrevista se aproxima da realidade social e política, bem como das representações que o indivíduo constrói (VEIGA; GONDIM, 2001).

Esse tipo de entrevista pode ser desenvolvido com base em um uma pergunta norteadora, que permita maior aprofundamento da temática e da experiência do sujeito. Entrevistadas pautadas nessa ótica podem chegar à duração de até uma hora (VEIGA; GONDIM, 2001).

#### 4.4.2 Dificuldades encontradas

As dificuldades surgiram ainda na entrega dos termos de anuência, disponibilizados pela COGTES às regionais, visto que a entrada em campo só ocorre depois que as regionais tomam ciência da existência da pesquisa e entrada em campo dos pesquisadores. Desse modo, é necessário que o pesquisador entregue nas regionais onde serão realizadas as pesquisas, documentos como o termo de anuência, parecer do comitê de ética da UECE, bem como um *release* do projeto. Após a entrega desses documentos, a regional entrega o documento que autoriza a pesquisa nas regionais.

Os próprios funcionários das regionais não tinham conhecimento de quem deveria receber o documento e autorizar a pesquisa, então, foram várias ligações e três idas à regional somente para identificar o profissional responsável para realizar esse procedimento, a assessora técnica em educação permanente (nível regional), desse modo foi percebido que apenas um profissional é responsável pela tarefa, fato que dificultou bastante a entrada em campo.

Após autorizar a entrada em campo, o profissional responsável afirmou que iria avisar aos serviços de APS sobre a pesquisa, bem como enviaria endereços das localizações dos postos de saúde. Contudo, ao iniciar a coleta, ficou claro que os coordenadores e profissionais não tinham conhecimento da realização da pesquisa, desse modo, em cada serviço, foi necessária a apresentação do *release* e autorização da regional para o início da pesquisa.

Percebeu-se pouca disponibilidade dos profissionais para participar da pesquisa, tais dificuldades parecem estar relacionadas à própria dinâmica da instituição, visto que, diferente do que se observa nas políticas relacionadas à Atenção Primária à Saúde, os serviços de ESF estavam focados em demandas espontâneas e casos de emergências, visto que a equipe ocupa quase todo o seu tempo com esse tipo de serviço, pois são muitos atendimentos a serem realizados por turnos e, posteriormente, cobrados em processos avaliativos sobre os serviços.

Nesse contexto, observa-se que a APS acaba funcionando como um serviço de emergência, com foco ainda no modelo biomédico, com caráter curativista e hospitalocêntrico; por outro lado, ações voltadas para prevenção e promoção, bem como a identificação de problemas psicossociais existentes na

comunidade, atividades que poderiam oferecer um cuidado mais integrado ao usuário e famílias, são deixados de lado.

Aparentemente, os profissionais da APS encontram-se sobrecarregados e não conseguem se identificar com outras demandas que fogem do formato biomédico. Assim, ao abordar trabalhadores e profissionais para falar sobre a pesquisa, foi comum a seguinte afirmação realizada antes mesmo dos profissionais escutarem as perguntas sobre a pesquisa “isso daí não é com a gente”, ou “acho que o serviço certo para responder essa temática de drogas é o CAPS AD” (Diário de campo).

Também foi observado receio em responder às perguntas da pesquisa, alguns profissionais não se sentiram à vontade para responder a perguntas que ficariam gravadas, mesmo após a pesquisadora assegurar o sigilo e explicar sobre os aspectos éticos.

Por fim, também foi percebido certo desdém em relação à temática pesquisada, essa situação fica evidente a partir da afirmação de um profissional do serviço que ao ser abordado pela pesquisadora e informado que a pesquisa era da pós-graduação em saúde coletiva afirmou “isso aí é fichinha, e o meu doutorado, passei várias noites estudando e no laboratório, o meu foi sobre câncer” (DIÁRIO DE CAMPO), em seguida, o profissional afirmou que não poderia participar da pesquisa porque tinha muitos pacientes para atender.

Ademais, houve bastante dificuldade para identificação de usuários de drogas, principalmente de usuários de *crack*, uma vez que os profissionais não se sentiam seguros para passar nenhuma informação sobre uso de drogas e usuários para a pesquisadora, pois temiam estar quebrando o sigilo profissional e desrespeitando a privacidade dos usuários. Além disso, usuários, na ocasião do atendimento, solicitavam que a informação sobre o uso de drogas fosse mantida em segredo. Percebe-se, então, que o comportamento de usar drogas ainda é visto como um grande tabu. Desse modo, apenas dois usuários foram identificados e aceitaram participar da pesquisa.

Esses usuários foram identificados pela pesquisadora, por meio do vínculo entre familiares de agentes comunitários de saúde. Desse modo, a pesquisadora, inicialmente, entrou em contato com os familiares, para depois conseguir contatar o usuário.

#### 4.5 PLANO DE ANÁLISE

Para a análise do material empírico: entrevistas realizadas com os participantes, bem como as observações, cuidadosamente anotadas nos diários de campo. Utilizaram-se os passos de Minayo, retraduzidos por Assis *et al.* (2010), que consistem em: tratamento do material; ordenação, classificação e análise final.

De acordo com Minayo (2012, p. 161), para que uma análise seja fidedigna precisa conter os termos estruturantes da investigação qualitativa, que são os verbos compreender e interpretar; e os substantivos: experiência, vivência, senso comum e ação social.

Nesse sentido, termos como: experiência, vivência, senso comum e ação social são fundamentais no processo de análise de uma pesquisa qualitativa, portanto o pesquisador, neste tipo de pesquisa, deve compreender tais termos.

O termo experiência refere-se ao que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações realizadas, é como o sujeito compreende a si mesmo, bem como o seu significado no mundo. A vivência compreende a reflexão pessoal do sujeito sobre a sua experiência. O senso comum pode ser entendido como o conhecimento relacionado às experiências e vivências que orientam o ser humano nas várias ações e situações da vida. O conceito de ação social relaciona-se a um complexo formado pela significação das experiências que fazem do ser humano um ser histórico (MINAYO, 2012).

Também é importante nesse processo de análise, o entendimento dos verbos compreender e interpretar. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro e, para tanto, é necessário considerar a singularidade do indivíduo, bem como entender que a experiência e a vivência ocorrem no âmbito da história, portanto esse processo de compreensão também envolve a contextualização. Por outro lado, interpretar é um ato que sucede a compreensão e também está presente nela; é, pois, a apropriação do que se compreende (MINAYO, 2012).

O tratamento do material consiste na ordenação e organização deste, para impregnar-se das informações e observações de campo. Além disso, o pesquisador deve organizar o material teórico que irá ajudar na contextualização do objeto (MINAYO, 2012).

Esse momento tem início com as entrevistas e com o conjunto de material de observação dos documentos populares e institucionais, referentes ao tema concepções de saúde e doença. Durante essa etapa, são realizados procedimentos como: transcrição de fita-cassete; releitura do material, organização dos relatos em determinada ordem; organização dos dados de observação, também em determinada ordem. Esta ordenação tem como objetivo estabelecer um mapeamento horizontal do material empírico (ASSIS *et al.*, 2010).

A fase de ordenação permite a construção dos dados empíricos que embasarão as discussões, é composta por três momentos: leitura horizontal, leitura flutuante e leitura transversal (ASSIS *et al.*, 2010).

Nesta etapa são realizadas a leitura exaustiva e flutuante do material coletado, e a síntese geral de cada unidade, pois isso possibilita a utilização das ideias centrais sobre o tema. Nessa fase também há a montagem de esquemas de análise de instituições observadas no material empírico, bem como a síntese de cada unidade de análise dos núcleos de sentido. Ao lado disso, são estabelecidas sínteses horizontais, que permitem mostrar os temas e as ideias comuns entre os sujeitos entrevistados, por núcleo de sentido ou categoria empírica (ASSIS *et al.*, 2010).

Em seguida, tem início a etapa de classificação, o momento da organização do corpus, a partir dos núcleos de sentido, buscando convergências, divergências, complementaridades e o diferente, bem como a confrontação, num processo de refinamento e aprofundamento classificatório (ASSIS *et al.*, 2010).

Nesse momento, o pesquisador dá um passo a mais na compreensão das estruturas de relevância apresentadas pelos entrevistados, deve haver um esforço para diminuir o material, que será reorganizado por relevância. Nesse processo, pouco a pouco, o pesquisador chega ao sentido da fala e de sua contextualização empírica, no momento da compreensão do sentido do que lhe foi relatado e das observações em campo, o pesquisador não precisa mais estar colado às falas, uma vez que ultrapassa o nível descritivo (MINAYO, 2012).

Análise final: Essa fase enfatiza, principalmente, o encontro da especificidade do objeto pela prova do vivido com as relações sociais, envolvendo um exercício circular que vai do empírico ao teórico, ou vice-versa, que possibilita a relação entre o particular e o geral. Nessa fase, busca-se contextualizar os resultados da pesquisa com a produção bibliográfica (ASSIS *et al.*, 2010).

Nesse momento, deve haver um processo de teorização. Cada uma das unidades de sentido deve merecer uma leitura de referências nacionais e internacionais, de forma a colocar o material classificado no contexto das questões nacionais e internacionais que ele suscita. Assim, todo o conjunto de falas deve ser articulado com elementos contextuais, para que a análise seja compreensiva e crítica (MINAYO, 2012).

Em seguida, deve haver a construção de um texto, ao mesmo tempo, fiel aos achados do campo, contextualizado e acessível. Desse modo, o contexto, as determinações mais próximas e as mais abstratas devem emanar do objeto e não ao contrário, uma vez que um trabalho que apenas descreve o que encontrou no campo é considerado incompleto e pobre. Deve-se considerar que o estudo qualitativo nunca é considerado uma obra acabada, portanto suas conclusões devem se abrir a novas indagações (MINAYO, 2012).

Desse modo, inicialmente, foi analisada cada entrevista dos profissionais, individualmente, considerando aspectos como acesso, encaminhamentos, acompanhamento de usuários, percepções sobre os usuários, família e vínculos com o serviço, atitudes e posturas diante dos usuários, manejo e dificuldades de manejo (ações, intervenções, atividades), articulações com outros serviços, assuntos sobre pesquisas realizadas nos serviços, interdisciplinaridade e responsabilização, subsídios para trabalhar, problemas institucionais e CAPS ad.

Após essa análise inicial, foi construído um quadro para analisar as convergências, divergências e complementaridades sobre os aspectos destacados, conforme o quadro abaixo:

**Quadro 5 – Análise das entrevistas dos profissionais**

<b>Aspectos destacados</b>	<b>P 1</b>	<b>P 2</b>	<b>P 3</b>	<b>P4</b>	<b>P 5...</b>	<b>P19</b>	<b>Convergência Divergência Complementaridade/ confronto</b>
Acesso							
Encaminhamentos e responsabilização							
Acompanhamento de usuários no serviço							
Percepções sobre os usuários							
Famílias e vínculos com os serviços							
Atitudes e posturas dos profissionais							
Manejo e dificuldades							
Articulações com outros serviços							
Pesquisas no serviço							
Responsabilização e interdisciplinaridade							

Fonte: Elaborado pela autora

Em seguida, cada entrevista da Cpdrogas foi analisada individualmente, considerando aspectos, como: funcionamento do núcleo; demanda do trabalho, metodologia do trabalho, articulação com outros serviços, articulação com as universidades, tentativa de adaptar o trabalho ao contexto social, trabalho com a APS e pesquisas na CPdrogas. Posteriormente, também foi realizado um quadro com as divergências, convergências, confrontos e complementaridades, conforme quadro abaixo:

**Quadro 6 – Análise das entrevistas dos gestores**

<b>Aspectos que emergiram</b>	<b>Gestor 1</b>	<b>Gestor 2</b>	<b>Gestor 3</b>	<b>Gestor 4</b>	<b>Convergência, Divergência Complementaridade/ Confrontos</b>
Funcionamento do núcleo					
Demanda do trabalho					
Metodologia do trabalho					
Articulação com outros serviços					
Articulação com as universidades					
Pesquisas na CP drogas					
Articulação com a APS					

Fonte: Elaborado pela autora

As entrevistas dos usuários e familiares também foram analisadas individualmente, considerando aspectos, como: acesso, intervenções, significados atribuídos a eles e articulações com outros serviços. Em seguida, foram destacadas as convergências, divergências e complementaridades:

**Quadro 7 – Análise das entrevistas dos usuários e famílias**

<b>Aspectos que emergiram</b>	<b>Usuário 1</b>	<b>Usuário 2</b>	<b>Familiar 1</b>	<b>Familiar 2</b>	<b>Convergência, divergência, complementaridades/ confrontos</b>
Acesso					
Intervenções					
Significados					
Articulações com outros serviços					

Fonte: Elaborado pela autora

As entrevistas dos assessores técnicos de educação permanente também foram realizadas, individualmente, considerando aspectos como atividades realizadas, demandas das pesquisas, pesquisas e implementação de resultados, fluxo das pesquisas, organização e armazenamento de pesquisas, retorno das pesquisas, relevância das pesquisas, articulação com coordenadores de saúde, como se observa no quadro abaixo. Ressalta-se que este foi o quadro mais difícil de construir, devido à riqueza de informações.

**Quadro 8 – Análise das entrevistas dos Assessores técnicos em EP**

<b>Aspectos destacados</b>	<b>A.T EP1</b>	<b>A. T. EP2</b>	<b>A.T. EP3</b>	<b>A.T. EP4</b>	<b>A. T. EP5</b>	<b>A. T. EP6</b>	<b>Convergência, divergência e complementarida des/confrontos.</b>
Atividades realizadas							
Demandas das pesquisas							
Pesquisas e implementação de resultados							
Fluxo de pesquisas							
Organização e armazenamento							
Retorno das pesquisas ao campo							
Mostra das pesquisas							
Relevância dos resultados							
Articulação com coordenadores							

Fonte: Elaborado pela autora

Em seguida, foram realizadas tentativas de reduzir o material, até chegar a este quadro, que explicita os dois principais núcleos de sentido:

**Quadro 9 – Material reduzido**

<b>Núcleos de sentido</b>	<b>Divergências convergência, complementaridade/confronto (Profissionais)</b>	<b>Divergências convergência , complementaridade/confronto (Gestores)</b>	<b>Divergências convergência, complementaridade/confronto usuários</b>	<b>Divergências convergência, complementaridade /confronto (Técnico de educação permanente)</b>
fluxo de pesquisa/dificuldades de articulação com a prática/Possibilidades de articulação entre teoria e prática				
Cuidados relacionados aos usuários de drogas nos serviços de APS				

Fonte: Elaborado pela autora

Contudo, como apenas três estudos sobre o assunto na APS foram identificados na COGTES, a análise da articulação entre as pesquisas realizadas sobre o assunto e sua repercussão na prática ficou comprometida. Nesse sentido, foi necessário realizar uma investigação da produção científica sobre o assunto, para, então, confrontar a teoria e a prática, na tentativa de analisar se essas pesquisas que estão sendo produzidas nas universidades, de alguma forma, estão repercutindo nos serviços. Desse modo, os estudos analisados, não obrigatoriamente, foram realizados no município de Fortaleza.

Realizou-se a análise da produção científica sobre o assunto também por meio dos passos de Minayo, reproduzidos por Assis e Jorge. Cada estudo foi analisado separadamente, de acordo com os aspectos que emergiram dos artigos em estudo. Posteriormente, foi criado um quadro, contendo as divergências, convergências e complementaridades, como se observa abaixo:

**Quadro 10 – Análise dos estudos**

<b>Aspectos que emergiram</b>	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17
Acesso																	
Cuidado: vínculo, acolhimento																	
Articulação com outros serviços																	
Percepções sobre os usuários																	
Práticas clínicas																	

Fonte: Elaborado pela autora

Em seguida, buscou-se realizar uma articulação entre a produção científica sobre o assunto e os aspectos práticos relacionados aos cuidados aos usuários de drogas. De acordo com o seguinte quadro:

**Quadro 11 – Confronto teoria e prática**

<b>Núcleos de sentido</b>	<b>Divergência, convergência, complementaridade/confronto profissionais</b>	<b>Convergência divergência, complementaridade/confronto usuários</b>	<b>Convergência divergência/complementaridade produção científica</b>
Acesso			
Cuidado: vínculo, acolhimento			
Práticas clínicas			
Articulações com outros serviços e recursos comunitários			

Fonte: Elaborado pela autora

Diante do exposto, os capítulos foram organizados conforme os dois principais núcleos de sentido. Assim, o primeiro capítulo e seus subcapítulos abordam como ocorre o fluxo de pesquisas em saúde na cidade de Fortaleza, destacando as dificuldades relacionadas às articulações entre teoria e prática, bem como as possibilidades de articulação entre pesquisas e serviços.

O segundo capítulo e seus subcapítulos abordam os descompassos entre a macro e a micropolítica, bem como faz um análise mais detalhada destas.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo trata-se de um recorte de um projeto maior denominado *“Avaliação das pesquisas em saúde e enfermagem: olhares plurais sobre a contribuição para as políticas, organização dos serviços e assistência na interface com a produção do cuidado na atenção primária”*. Tal projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e aprovado com Protocolo nº. 662.093.

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e a pesquisa de campo só foi iniciada após sua aprovação: Os sujeitos entrevistados e observados tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado pelos participantes, após a leitura cuidadosa com a pesquisadora, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). O TCLE foi assinado em duas vias, por todos os sujeitos entrevistados pelos adolescentes (APÊNDICE C) e Familiar (APÊNDICE D).

Em se tratando dos aspectos éticos de pesquisa que envolve seres humanos, consta na Resolução 466/12 que: “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 2000). O pesquisador ficará responsável, caso necessário, por suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante.

As entrevistas foram gravadas, na íntegra, em gravadores digitais, com autorização prévia dos entrevistados. Após a gravação, a pesquisadora explicou que os participantes poderiam ouvir o material, caso desejassem realizar alguma mudança. Após a coleta, os dados contidos no material gravado foram analisados

pelos pesquisadores e serão guardados por cinco anos, sob a responsabilidade do grupo de Pesquisa de Saúde Mental, Família e práticas de saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Em relação às observações, foram registradas em diários de campo, a memória do dia observado, sendo disponibilizada para os sujeitos participantes aprovarem, reprovarem ou acrescentarem mudanças no texto. Os registros foram utilizados como material de análise após aprovação das pessoas envolvidas.

Em síntese, a coleta do material empírico respeitou os princípios éticos que nortearam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados e observados.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para responder aos objetivos da pesquisa foram construídos dois grandes capítulos divididos em subcapítulos com base nos núcleos de sentido que emergiram durante a análise dos dados. O primeiro capítulo tratou sobre o fluxo das pesquisas em saúde no município de Fortaleza, ressaltando os obstáculos existentes nesse fluxo, os quais dificultam a utilização dos resultados das pesquisas em saúde, os subcapítulos discutiram as possíveis articulações entre teoria e prática. O segundo capítulo discutiu as relações entre a macro e a micropolítica, destacando peculiaridades de cada uma delas.

### 5.1 FLUXOS DAS PESQUISAS EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA E AS DIFICULDADES PARA UTILIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Para a realização da análise do fluxo das pesquisas desenvolvidas nos serviços de saúde, na cidade de Fortaleza, foi realizado um levantamento de pesquisas na COGTES. Contudo, no local constavam apenas os projetos enviados para apreciação do assessor técnico da Coordenadoria, ou seja, não havia nenhum resultado dos projetos que passaram pela instituição. Contudo um dos objetivos da COGTES é justamente analisar as possíveis aplicações dos resultados dos estudos para as políticas de saúde, de acordo com o relato do próprio assessor técnico de educação permanente:

[...] então, o nosso trabalho aqui é justamente esse: de análise dos projetos de pesquisa que são encaminhados por diversas instituições de ensino superior e outras instituições de pesquisas, no que se refere ao método científico desses estudos e à relevância social e à subsequente possível aplicação dela, desses resultados para a política de saúde. (Assessor Técnico 1).

Tendo em vista que a instituição possui apenas os projetos sem os relatórios finais, supõe-se que esta desconhece os resultados dessa pesquisa, questiona-se: Qual seria a real necessidade desses projetos passarem pela COGTES, visto que a instituição não conhece os resultados das pesquisas?

Analisar os possíveis resultados, bem como as possibilidades de implementação, poderia ser um diferencial da COGTES, visto que a análise quanto aos aspectos éticos de pesquisa e método científico, realizada pela COGTES, de acordo com o relato do assessor técnico, são questões que são analisadas também pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP). Nesse sentido, as pesquisas em saúde são avaliadas duas vezes sobre os mesmos aspectos, visto que toda pesquisa envolvendo seres humanos deve passar pelo CEP.

Nesse sentido, o diferencial da Coordenadoria poderia ser analisar justamente as possíveis articulações entre as propostas dos estudos e as implicações nas práticas dos serviços, esse tipo de análise aproxima-se das ideias de Patton (1997) sobre a importância da observação do potencial de uso de resultados das pesquisas. Ademais, a COGTES seria uma coordenadoria responsável por articular ensino, teoria e prática. Da mesma forma os projetos, também deveriam passar por questionamentos, como: Quais as possíveis contribuições desse projeto para as práticas em saúde? Na qual será analisada a utilidade do estudo, uma vez que as pesquisas, mesmo sem apresentar uma abordagem metodológica avaliativa acabam, de alguma forma, avaliando o contexto em estudo.

Com base em Patton (1997), o mérito de uma avaliação é equivalente à sua utilização, uma vez que se destina a contribuir para o aperfeiçoamento dos programas, melhoria da efetividade e fornecimento de informações para que decisões sejam tomadas. Nesse sentido, um estudo científico, por mais que seja diferente de um programa de avaliação, também se propõe a avaliar o contexto estudado e, por isso, deve contribuir, de alguma forma, para a melhoria da atenção em saúde, ou seja, deve repercutir na prática.

Nesse sentido, a COGTES poderia contribuir para articulação entre academia e serviços, uma vez que é responsável por questões educacionais e integração entre ensino, serviço e comunidade, portanto suas possibilidades de atuação estão além dos aspectos éticos de pesquisas.

Entende-se que muitos cuidados devem ser considerados quando se trata de pesquisas envolvendo seres humanos, porém, muitas vezes, o envio de projetos a diferentes comitês funciona como um empecilho para o pesquisador, burocratizando a realização das pesquisas, pois todo processo de submissão de projetos a comitês demanda tempo. Por outro lado, muitas vezes, o pesquisador

também conta com prazos para desenvolver sua pesquisa e defendê-la. Na COGTES, o parecer demora de sete a dez dias, desde a abertura do processo à emissão do parecer inicial. Contudo, durante visitas à Coordenadoria, foi observado que esse prazo pode se estender a 20 dias.

### **5.1.1 Autorização para entrada em campo**

A COGTES conta apenas com um assessor técnico para emitir a carta de anuência, por isso, muitas vezes, o prazo para receber o documento acaba aumentando, visto que são pesquisas que serão realizadas em todo o município, oriundas de muitas universidades.

No CEP, o período para receber o parecer varia, contudo as reuniões para avaliar os projetos e deliberar os pareceres ocorrem apenas uma vez por mês, além disso, há um grande número de projetos que são enviados ao CEP. Desse modo, o recebimento de um parecer favorável pode ser um processo demorado, sem contar as pendências que o projeto pode conter. Quando o projeto não atende aos ditames estabelecidos na Resolução 466/12 é encaminhado para o pesquisador, que recebe um prazo para resolver as pendências e ser reenviado para o CEP, ao ser ressubmetido, o projeto aguarda novo parecer.

A COGTES também avalia o projeto de acordo com a Resolução 466/12, e, igualmente, caso haja algum desacordo com a resolução, pode identificar pendências no projeto, como relata o assessor técnico:

Bom, uma vez o projeto sendo apreciado, obviamente que pode ficar com alguma pendência, ou seja, não se adequar aos critérios que nós utilizamos aqui, no que diz respeito à apreciação desses projetos de pesquisa ou ser aprovado, obviamente. E, nesse caso, se houver pendências, obviamente que os pesquisadores vão resolver essas pendências. A imensa maioria é resolvida; Uma vez que foram constatadas algumas pendências em relação à resolução, não precisa abrir um novo processo, o projeto é incorporado ao processo que já existe [...] utilizamos como base a Resolução 466/12 (Assessor Técnico 1).

A relação entre o CEP e COGTES pode ser descrita pelo seguinte fluxo, observado no relato do assessor técnico:

Então, inicialmente, o pesquisador deve elaborar um projeto de pesquisa, como todos os projetos de pesquisa que vem pra cá [...] Então, o que a gente requer é que os projetos sejam elaborados com aqueles itens básicos que devem constar, projeto dentro do campo das ciências da saúde e que também já tenham sido, se for projeto com seres humanos, que já tenham sido cadastrados na Plataforma Brasil e que, digamos assim, quando eu digo contendo aqueles itens básicos é conter, pelo menos, uma capa, uma introdução, uma capa definindo quais são os pesquisadores, qual é o título, introdução, explicando ou definindo a pergunta da pesquisa, objetivos bem claros, o método com, pelo menos, aqueles seis itens bem básicos, ou seja, o tipo de estudo, o local, o cenário de estudo, os participantes do estudo, a população em amostra, se for o caso, os procedimentos de coletas de dados, de análise de dados e os aspectos éticos, além de, obviamente, as referências, os instrumentos que serão utilizados, as coletas de dados, os termos de consentimento, o termo de fiel depositário, essas partes relacionadas com os aspectos éticos. São esses os itens que a gente requer que estejam contidos nesses projetos de pesquisa, obviamente que de posse desse projeto o pesquisador procura o setor de protocolo, seja lá na própria sede da Secretaria de Saúde ou aqui na sede dessa Coordenadoria, é aberto um processo no sistema de protocolo, em seguida, esse processo é encaminhado para a própria coordenação desse setor que avalia qual... ou seja são abertos vários tipos de processo e lá é feita uma triagem, se for constatado que se trata de um projeto de pesquisa e ele é então encaminhado aqui para o núcleo de pesquisa para apreciação (Assessor Técnico 1).

Então, antes de ser submetido à COGTES, o pesquisador já deve ter iniciado o processo de submissão ao CEP, por meio da Plataforma Brasil. Durante o processo, o sistema irá gerar uma folha de rosto que deve ser entregue a COGTES, juntamente com o projeto de pesquisa. Após este procedimento, o pesquisador aguardará o termo de anuência (parecer da COGTES) e só então poderá concluir a submissão do seu projeto na plataforma Brasil, já que o documento é uma exigência do CEP.

Uma vez realizada a submissão à Plataforma Brasil, o projeto de pesquisa aguardará o parecer do CEP, somente com esse parecer o pesquisador pode, finalmente, iniciar sua pesquisa. Contudo, antes de entrar em campo, ainda é necessário que o pesquisador se dirija até as regionais onde ocorrerão as coletas para receber a “ciência” do assessor técnico da regional, mais uma vez o pesquisador necessita levar o *release* do projeto, além do parecer do CEP e carta de anuência. Somente quando o assessor técnico carimba a carta de anuência, o pesquisador pode entrar em campo, como se percebe a partir do relato do assessor técnico da regional:

Toda pessoa que quer fazer uma pesquisa aqui, vai à COGETS e lá eles vão explicar direitinho. Ai sim, quando a COGETS autoriza, a gente analisa se está tudo ok, (Parecer do CEP da COGETS, cópia da pesquisa) e ai, sim, a gente libera para o profissional (Pesquisador) ir a campo, fazer a pesquisa (Assessor Técnico 1).

Outro fato que pode atrapalhar o pesquisador é o prazo para a realização da coleta, visto que quando o pesquisador recebe a carta de anuência, o documento possui autorização que abrange um período determinado de pesquisa. Assim, caso o pesquisador identifique que necessita voltar a campo após o período estabelecido pela COGETS, precisa de outra autorização, prorrogando o prazo de coleta.

Uma vez que o parecer da COGETS é liberado, autorizando o início da pesquisa, o projeto fica arquivado no local. Desse modo, os projetos ficam separados em pastas organizadas pelos meses em que os pesquisadores solicitaram o parecer.

### **5.1.2 Período de realização da pesquisa**

Sobre o período de realização das pesquisas, ressalta-se que, geralmente, o pesquisador inicia o processo de coleta de dados com um prazo mais curto do que o previsto, uma vez que o processo de liberação de parecer é bastante demorado. Nesse sentido, o pesquisador dispõe de pouco tempo para explorar melhor o campo, bem como para estabelecer vínculos com os atores envolvidos no fenômeno estudado, como destaca uma enfermeira, mas que também é pesquisadora: “é difícil você criar esse vínculo em tão pouco tempo tirando uma pesquisa” (Profissional 5).

Essa realidade dificulta o processo de aproximação entre pesquisador e os atores envolvidos no contexto estudado, contudo essa comunicação é necessária para despertar e manter o interesse dos participantes da pesquisa nos resultados.

Além do curto período de inserção no campo, a alta rotatividade dos profissionais nos serviços dificulta o retorno do pesquisador ao cenário de pesquisa para apresentar os resultados, uma vez que no decorrer de um estudo de campo, muitas mudanças ocorrem como demissão e admissão de muitos trabalhadores, como se percebe abaixo:

você criar esse vínculo com a pessoa e favorecer esse retorno depois e a própria mobilidade do serviço também, nessa nova gestão, a maioria dos profissionais trabalham por RPA por seleção então em 1 ou 2 anos que foi o tempo que você investigou, muita gente já foi embora né já saiu (Profissional 5).

Nesse cenário, o interesse dos participantes da pesquisa se perde ainda mais, uma vez que os profissionais que participaram da coleta, ao final do estudo, já não estão nos serviços, e os profissionais recém-chegados, dificilmente, tomam conhecimento sobre as investigações que foram realizadas. Dessa forma, a pesquisa, aparentemente, interessa muito mais ao pesquisador.

Diante desse contexto, dificilmente os resultados das pesquisas serão utilizados, uma vez que Patton (1997) pontua que a condição principal para utilização dos resultados de uma investigação é o interesse dos participantes nesse processo e, conseqüentemente, no uso de seus resultados.

Ademais, por vezes, o pesquisador não é bem recebido nos serviços, de acordo com Patton (1997), qualquer processo de investigação pode ser compreendido como uma ameaça por aqueles envolvidos no fenômeno avaliado. Essa situação pode ser percebida, de acordo com as anotações em diário de campo, na recusa de muitos profissionais, bem como na descrença em relação ao sigilo das informações.

A recusa em participar dos estudos também esteve relacionada à sobrecarga dos profissionais nos serviços investigado, haja vista que estavam envolvidos com o processo de demanda espontânea.

Tendo em vista um vínculo fragilizado entre pesquisadores e participantes do estudo, por vezes, os investigadores envolvem os participantes nos estudos apenas no período de coleta de dados, como se observa no seguinte relato: “não vejo os estudantes voltando para falar das pesquisa, eles só vem fazer as entrevistas e não voltam mais” (Profissional 10). Em contrapartida, Patton (1997) recomenda a participação dos atores envolvidos na avaliação em todos os momentos de uma investigação, para que haja uma maior probabilidade de utilização dos resultados.

Nesse sentido, as dificuldades encontradas pelos pesquisadores no processo de coleta de dados contribuem para que não haja muito interesse nos resultados das pesquisas.

### 5.1.3 Utilização dos resultados

Sobre os resultados dos estudos que passam pela COGTES, não existe nenhuma exigência formal de que o pesquisador deve realizar uma devolutiva dos resultados da pesquisa à instituição. Contudo, o assessor técnico compreende que esta necessidade fica subentendida pelo pesquisador, sendo uma questão ética, como se percebe no seguinte relato: *Não, não existe uma obrigatoriedade, mas uma obrigatoriedade formal, eu diria que até por questão ética deveria ser feito isso né?* (Assessor Técnico 1).

Ao considerar esta situação, é pertinente o seguinte questionamento: Será que essa questão é, realmente, tão clara para os pesquisadores? Será que as universidades têm pontuado em suas disciplinas de pesquisa a importância dos estudos para a sociedade ou vêm focando apenas aspectos teóricos e metodológicos dos estudos?

A fim de aumentar as devolutivas de pesquisas para os profissionais da COGTES, o assessor técnico, recentemente, realizou um cadastro com o nome e o telefone dos pesquisadores, para um posterior contato telefônico sobre a possibilidade de apresentação dos resultados.

Outra tentativa de receber devolutivas de pesquisas é a realização de fóruns com as instituições parceiras, ou seja, as universidades. Contudo, o assessor técnico da COGTES não soube precisar a frequência da realização desses fóruns que, dentre outras discussões, devem abranger os resultados de pesquisas realizadas pelas universidades, além disso, até o presente momento, também não observou a discussão de resultados de pesquisas, como se analisa no relato abaixo:

O fórum, eu acho que é mensal, se não for mensal, é bimestral, eu não tenho certeza no momento, mas já faz algum tempo que não são discutidas essas questões. Não os resultados em si, porque ainda não temos a devolução desses resultados (Assessor Técnico 1).

Estes fóruns representam espaços de discussão sobre as questões relacionadas aos estágios, já que promover e regular essas atividades também são funções da COGTES. Dessa forma, nesses eventos ocorre a apresentação de relatórios dos alunos, realizados com base nas experiências de estágios, tal fato fica evidente a partir do relato da assessora técnica regional:

Não. São as pesquisas, são os trabalhos que são feitos na unidade de saúde. Às vezes sim, têm os trabalhos de pesquisas que eles fazem uma ramificação ou têm algum tipo de vinculação, e eles acabam também sendo apresentados, mas a maioria é PRÓ-SAÚDE. A PRÓ-SAÚDE, na realidade, é a locação desses alunos no serviço, é [...] seria o estágio curricular deles, entendeu? Eles estão nas unidades de saúde [...] (Assessor Técnico 5).

Embora esses eventos sejam apresentados nas regionais, quem os organiza é a COGTES. Dentre as principais atividades da COGTES estão: coordenar e executar o processo de educação permanente dos docentes e colaboradores dos programas de residência em saúde; planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar as atividades de ensino da SMS; desenvolver estratégias de educação popular em saúde; promover a integração ensino e serviço na formação de futuros profissionais; analisar os projetos de pesquisa propostos pelas Instituições de Ensino Superior (IES) para execução nas unidades da rede municipal de saúde; promover a regulação dos estágios dos programas de formação na área da saúde, na rede de serviços municipais; realizar processos seletivos dos profissionais da rede para atuarem como preceptores no Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET-Saúde); acompanhar a execução dos convênios com as instituições de ensino, advindos do processo de regulação dos estágios.

A COGTES, aparentemente, desenvolve um trabalho articulado com as regionais, por meio dos assessores técnicos de educação permanente existentes em cada regional. Nesse sentido, os cursos idealizados na COGTES são implementados em parceria com as regionais, como se percebe no seguinte relato:

[...] aqui na regional, a gente procura se envolver [...] é, a gente é parte da COGETS. Então, o que eles planejam lá (COGETS), a gente desenvolve aqui. Se há cursos, se eles elaboram cursos [...] Assim, eles elaboram cursos de acordo com as necessidades. Então eles (COGETS) elaboram lá e a gente executa aqui. De que forma? É [...] a gente mobiliza os profissionais da Regional II, monta o auditório, o Datashow [...] toda a estrutura. Assim, eles (Cursos) acontecem (Assessor Técnico 3).

Desse modo, os assessores técnicos são responsáveis pela execução das formações idealizadas pela COGTES, contudo, caso identifiquem alguma necessidade, os assessores também podem propor alguma capacitação para, juntamente com a COGTES, implementarem em sua regional. Entretanto, geralmente, as demandas relacionadas a campo de estágio, visitas técnicas e pesquisa são realizadas na COGTES e, depois, repassadas às regionais.

Os assessores técnicos de educação permanente das regionais também buscam articulação com gestores de atenção primária, semanalmente há uma reunião com esses profissionais, na ocasião são discutidas o andamento das atividades demandadas pela COGTES, mas, aparentemente, há uma predominância em discutir sobre os estágios, pois os assessores relataram as dificuldades para o recebimento dos resultados das pesquisas:

A gente pede que ao final da pesquisa, o pesquisador apresente o trabalho para mim. E assim, se os resultados são para a área da epidemiologia, por exemplo, eu repasso para o setor, para o conhecimento do setor. Dificilmente algum (Pesquisador) retorna com os resultados. Olha, que eu tenha sabido (Conhecimento), não. (Assessor Técnico 6).

No entanto, um dos assessores técnicos relatou que já recebeu os resultados de uma pesquisa sobre imunização, os quais, posteriormente, foram passados, pela própria pesquisadora, para a equipe do serviço onde foi realizada a pesquisa, embora não tenha relatado como o conhecimento desses resultados impactou no serviço.

Nesse contexto, a decisão de apresentar os resultados para as regionais fica a critério do próprio pesquisador, pois não há nada institucionalizado sobre a apresentação dessas pesquisas, como se percebe no seguinte relato:

[...] por parte do pesquisador querer reunir e dar a devolutiva dos dados, mas por parte da secretaria não tem assim um seminário fixo ou uma coisa assim já institucionalizada que seria pra apresentação dos dados dessas pesquisas. Não que eu conheço. Mas aí já é com a COGETS, aí já não entra com a gente porque quando eles encaminham, por exemplo, a COGETS, eles vão receber, vão fazer uma análise e vão encaminhar para as regionais, então cabe às regionais mesmo, fazer essa avaliação de monitoramento (Assessor Técnico 4).

Apesar de não haver nada institucionalizado sobre os resultados das pesquisas, os assessores técnicos de educação permanente reconhecem a importância dos resultados, como se percebe a partir do relato abaixo:

Toda pesquisa é relevante porque vai revelar algo que acontece no campo. Então, assim, essas pesquisas vão contribuir para a formação do trabalho, para despertar para algum erro que a gente não vê que existe... Se a gente, por exemplo, [...] para desenvolver alguma coisa, você tem que conhecer a realidade para planejar as políticas. Às vezes, nessas unidades, uma simples reconfiguração de trabalho [...] Assim, lá eles vão perceber o que a gente aqui não consegue despertar. (Assessor Técnico de Ep I).

De certa forma, todo trabalho científico tem sua valia, seu valor. É [...] vão contribuir, tem um impacto positivo na própria condução dos relatos, das conclusões (Assessor Técnico 3).

O fato de os profissionais ressaltarem a importância das pesquisas para as políticas, serviços de saúde e para a sociedade, de forma mais ampla; mas, por outro lado, não buscarem estratégias viáveis de conhecer esses resultados, é bastante contraditório.

Sobre o interesse dos decisores nos resultados das pesquisas, os assessores técnicos de educação permanente destacaram que não há procura de gestores nos serviços de educação permanente para solicitar resultados de pesquisas. Um dos problemas destacados pelos assessores, que dificulta essa busca por resultados, é o precário vínculo empregatício que muitos desses gestores mantêm com o município, tal fato acaba implicando em uma rotatividade de profissionais que, por vezes, não conseguem acompanhar o desenvolvimento das pesquisas.

Só que a gente tem assim um [...] no nosso quadro de servidores, de prestadores de serviço muitos não são [...] é [...] ainda não têm um vínculo empregatício com o município, de ser concursado. Existem profissionais que são terceirizados, profissionais que recebem por repasse de pagamento autônomo, não sei se vocês conhecem que é o RPA. Então, assim, têm muitas nuances, o interesse ele é muito associado à sua valorização enquanto profissional (Assessor Técnico 5).

Na tentativa de tornar os resultados das pesquisas mais “utilizáveis”, o NUCIT possui papel importante no que diz respeito à escolha das linhas de pesquisa que serão temáticas de investigações financiadas pela FUNCAP.

Nesse contexto, é realizada uma oficina nacional com técnicos do NUCIT de todos os estados do país e, na ocasião, são eleitas as linhas e eixos temáticos que devem ser pesquisados. Então há uma publicação do Ministério da Saúde, em seguida ocorrem as oficinas estaduais e então as temáticas escolhidas são vinculadas e adaptadas à realidade local.

Sobre a articulação com a COGTES, não há uma interconexão entre sistemas de pesquisa estadual e municipal, contudo, a demanda para pesquisas é da Secretaria Estadual de Saúde, mas o município também pode demandar, uma vez que todos os profissionais municipais são convidados para os seminários que criam os eixos temáticos.

As publicações da FUNCAP são, geralmente, bianuais, contudo, a quantidade de publicações dependerá dos recursos e das políticas do Ministério da Saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde pode realizar até duas publicações ao ano.

A FUNCAP é agente executor do PPSUS no estado do Ceará. Cabe, portanto, a essa fundação, em parceria com as secretarias estaduais de saúde, lançar as chamadas para seleção de projetos de pesquisa de temas considerados relevantes para o sistema local de saúde e em consonância com as prioridades estabelecidas na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – ANPPS, do MS (CEARÁ, 2013).

Os pesquisadores possuem um prazo de dois anos para conclusão de suas pesquisas. Após o término do estudo, os resultados devem ser apresentados ao NUCIT, em seguida, há dois encaminhamentos, o primeiro deles é a publicação em uma revista e o segundo é uma pré-análise da aplicabilidade desses resultados, na prática.

Nesse contexto, a Secretaria de Saúde, por meio do NUCIT, apenas avalia a pesquisa no que diz respeito à aplicabilidade quando o estudo já ocorreu, quem fica responsável pela avaliação dos projetos é a própria FUNCAP, por meio de especialistas, pesquisadores externos que, por vezes, não conhecem a realidade local. Desse modo, a aplicabilidade dos resultados é uma questão considerada no momento de avaliar as propostas enviadas à FUNCAP, contudo, outros aspectos parecem sobrepor-se à aplicabilidade no momento das avaliações, visto que de acordo com o assessor técnico do NUCIT, a maioria das pesquisas tem aplicabilidade inviável nos serviços:

É, existe uma dificuldade que a avaliação do projeto não [...] não envolve a Secretaria, envolve pessoas de fora, e eles contratam especialistas que nem sempre conhecem a realidade local, e eles, vamos dizer assim, pela experiência dele, ele julga coerente ou não e há um descasamento da realidade local nesse sentido, porque são pesquisadores externos, talvez aí é onde estejam as grandes falhas. Particularmente, eu acho que [...] assim poderia ser muito mais é [...] muito mais focado na prática (Assessor Técnico 2).

Assim, para o assessor técnico de educação permanente do NUCIT, as pesquisas são desvinculadas de prática, pois estão desconectadas das prioridades da Secretaria.

De acordo com o edital do PPSUS, a avaliação de propostas compreende análise de especialistas e da Secretaria de Saúde, contudo, a segunda instituição possui, de fato, uma participação pequena neste processo.

A avaliação é composta por quatro etapas. Na primeira etapa serão verificados itens como instituição proponente, recursos financeiros, itens financiáveis, critérios de elegibilidade; na segunda etapa, ocorre análise profunda da demanda qualificada, quanto ao mérito e relevância, esse trabalho é realizado por consultores *ad hoc*; a terceira etapa é realizada por uma comissão de especialistas, composta por pesquisadores e doutores que novamente analisarão os mesmos itens da primeira e segunda. A quarta etapa compreende a análise do comitê gestor do PPSUS – CE, composto por representantes do Decit/SCTIE/MS, do CNPq, da FUNCAP e da SESA, esse momento é a instância final de deliberação sobre projetos aprovados pela Comissão de especialistas. O objetivo é a relevância socio sanitária, a homologação do resultado da Comissão de Especialista e a análise orçamentária.

Portanto, a comissão de especialistas é responsável pela elaboração de um parecer contendo a relação das propostas julgadas, recomendadas e não recomendadas, com as respectivas pontuações finais, bem como outras informações e solicitações julgadas pertinentes quanto à relevância sócio-históricas das propostas. No caso de propostas não recomendadas, é emitido parecer consubstanciado, contendo justificativas (CEARÁ, 2013).

Nesse sentido, os projetos já se encontram pré-aprovados quando, finalmente, passam para a quarta etapa, na qual há a participação da Secretaria de Saúde.

Nesse sentido, observa-se que os estados possuem uma participação bem tímida na formulação das políticas de saúde, tal fato vai de encontro às orientações contidas na III Conferência Nacional de Saúde, que destacou as atribuições dos estados na política de saúde, prevendo a participação destes na elaboração de leis e planos. A partir de 2002, a política de saúde mental também iniciou algumas inflexões importantes, intensificando ações condizentes com as diretrizes da Conferência (SIMON; BAPTISTA, 2011).

Entretanto, pelo menos no que diz respeito à política de saúde, a maioria dos estudos realizados até o início da década de 90 abordava a temática por meio de um enfoque macro; já a partir do final dos anos 90, observou-se uma articulação

maior entre a prática e as produções científicas, uma vez que as pesquisas se voltaram a investigações mais particulares e que permitiram mediações entre singular, particular e o geral (SILVA; TEIXEIRA, 2006).

Os autores ressaltam que os rumos da pesquisa científica nessa área denotam uma relação entre teoria e prática, visto que a seleção de temas, a delimitação de problemas, a escolha por determinadas abordagens teórico-metodológicas e a própria forma de divulgação dos resultados revelam uma articulação, ainda que tímida, entre o meio acadêmico e as instituições de serviços (SILVA; TEIXEIRA, 2006).

Outro problema apontado pelo técnico do NUCIT é que os estudos estão voltados para a construção de teorias, em detrimento de aspectos práticos. Nesse sentido, a linguagem adotada pelos pesquisadores está muito distante dos profissionais que, dificilmente, entendem os estudos realizados e, por isso, não conseguem aplicar em seu cotidiano, como se percebe no seguinte discurso:

Isso é outro fator também, quando chega a pesquisa, o decisor ele vê o título, ele vê alguns resultados, alguns gráficos, mas ele não tem domínio sobre aquela ferramenta, sobre aquele instrumento então é até algo estranho pra ele e não há depois [...] também não há uma segunda etapa de um empoderamento, de um repasse para o decisor, olha têm essas ferramentas que se aplicam dessa forma, têm essas limitações e essas potencialidades aí é outro gargalo forte na aplicação [...] eu diria de se aproximar da realidade do decisor, porque o que a gente percebe é que as pesquisas, elas estão, muitas vezes, a nível instrumental, distante da realidade do decisor, ou seja, o decisor não entende aquela linguagem (Assessor Técnico 2).

De acordo com o discurso do assessor técnico do NUCIT, o pesquisador além de propor soluções para problemas que ocorrem na prática, deve pensar nos recursos disponíveis para implementação da solução, visto que o gestor é muito instrumental, necessita, pois, de um recurso que já venha pronto para aplicar. Essa forma de pensar está de acordo com o que Brousselle (2009) ressalta: há uma tendência em responsabilizar apenas o pesquisador pela tarefa de utilização dos resultados. Quando esse trabalho deveria ser articulado entre pesquisadores e gestores.

Então o decisor, ele precisa muito de coisas com aplicação prática porque ele tá no dia a dia e ele não tem como ficar analisando possibilidades, probabilidades, novos caminhos... ele é muito instrumental, ele precisa aplicar ali pra resolver, então tem que vir um produto mais ou menos completo para que ele possa aplicar, se não ele não terá tempo para fazer aquilo então ele vai e utiliza outras ferramentas, mesmo que não sejam eficientes, mas que estejam prontas (Assessor Técnico 2).

Por vezes, o pesquisador não está na prática, visto que as atividades de pesquisa e docência, muitas vezes, não permitem que o pesquisador concilie atividades acadêmicas e profissionais. Nesse sentido, também deve ser considerada a dificuldade do pesquisador conhecer profundamente o contexto que está pesquisando, frequentemente ele conhece por meio de outras pesquisas e durante a coleta de dados em campo.

Além disso, os pesquisadores necessitam utilizar uma linguagem acadêmica em suas publicações para serem reconhecidas como trabalhos científicos, uma vez que as publicações não são voltadas, exclusivamente, para gestores e profissionais que estão na prática, pois também são voltados para a comunidade científica.

Nesse sentido, a produção científica distingue-se de programas de avaliação, pois de acordo com Patton (1997), o objetivo de uma pesquisa científica é diferente de um programa de avaliação, uma vez que a pesquisa acadêmica, por mais que também tenha um compromisso com a prática, visa descobrir novo conhecimento, testar teorias, estabelecer a verdade e generalizações no tempo e espaço; por outro lado, o programa de avaliação deve estar mais implicado com as necessidades que envolvem as tomadas de decisões, haja vista que visa, principalmente, prover elementos para decisões em um determinado contexto.

Nesse sentido, Barreto (2004) pontua que o sistema científico embora tenha um compromisso com a sociedade, é relativamente independente das necessidades imediatas, uma vez que o principal objetivo é a produção do conhecimento, bem como a sua divulgação em diversas redes, onde estará sujeito a diversos processos de análise.

Percebe-se também uma distância dos profissionais da realidade acadêmica, que poderia subsidiar a prática profissional, pois muitos sujeitos que iniciam suas atividades em saúde adquirem o seu conhecimento na sua própria experiência ou com a ajuda de outros colegas mais experientes, mas, principalmente, buscam capacitações voltadas para o assunto, em vez de buscar

algum subsídio na produção científica, como se percebe no relato de alguns profissionais que não tinham conhecimento sobre o trabalho com usuários de drogas:

Não, ainda não vi essa parte de pesquisa não, eu acho que quando o que me interessou nesse curso (Cuidado aos usuários de drogas) que está iniciando hoje foi justamente isso, conseguir chegar, porque é um tema muito extenso, um tema muito complexo esse tema sobre drogas e acho que dá pra fazer muita coisa em cima disso [...] (Profissional 6 da APS).  
Para trabalhar com esse público, eu busco fazer capacitações, não eu não olho em pesquisas não, ainda não olhei [...] (Profissional 3).

Nesse contexto, os profissionais, inclusive gestores, permanecem muito distantes da comunidade científica e, muitas vezes, sequer conhecem os termos básicos relacionados às suas áreas de atuação. Esta situação foi observada durante as entrevistas de coletas de dados, fato que dificultou a realização dessa etapa da pesquisa, visto que em muitas ocasiões, a pesquisadora necessitou explicar ao entrevistado os termos utilizados nas perguntas, para que o participante da pesquisa tivesse condições de responder, já que em muitas ocasiões demonstrava não compreender o questionamento.

Ressalta-se, portanto, a importância do gestor também buscar uma aproximação maior com as produções científicas, afinal a responsabilidade de implementar os resultados não é do pesquisador, nesse sentido, o gestor deve buscar entender, minimamente, as pesquisas que abrangem sua área de atuação para, então, pensar em possibilidades de aplicação dos resultados, tentando adaptá-los à realidade que ele conhece.

Assim, pesquisador e gestor devem ser corresponsáveis na implementação dos resultados das pesquisas. Assim, o trabalho deve ser articulado, visto que da mesma forma que o pesquisador deve buscar adequar sua pesquisa à realidade observada, o gestor também deve compreender a linguagem acadêmica para tentar aplicar os resultados de acordo com o seu contexto.

Como aponta Brousselle (2009), para aproximar gestores e pesquisadores, momentos de discussões entre ambos que envolvam questões científicas e práticas são importantes, pois podem ocasionar publicações mais condizentes com o contexto estudado, como também podem facilitar a utilização de resultados.

Sobre as dificuldades relacionadas à utilidade dos estudos, Hayakawa *et al.* (2009) ressaltam que Patton, em 2008, reconheceu que por mais que a pesquisa deva ser útil para a sociedade, existem muitas limitações para o uso de informações produzidas nos estudos, uma vez que a utilização dos resultados estão sujeitos aos interesses dos decisores que podem estar além das evidências apresentadas; pode haver também a distorção ou politização dos achados, bem como o mau uso dos resultados.

Sobre a implementação de resultados, portanto, cabe à Secretaria de Saúde, mesmo que a temática envolvida seja sobre álcool e outras drogas, sendo assim a CPdrogas não realiza nenhuma ação, ou seja, a Secretaria de Saúde que deve executar essas ações, a CPdrogas acompanha e avalia essas intervenções, por meio de um monitoramento.

#### **5.1.4 Pesquisas identificadas na COGTES**

A organização das pesquisas na COGTES é recente, não existia até 2011, portanto não havia uma sistematização das pesquisas que eram encaminhadas, também não havia análise de tais pesquisas. Anteriormente, o pesquisador dirigia-se à regional, procurava o responsável pelo setor onde a pesquisa iria ser realizada e recebia autorização para iniciar estudo. Tal situação dificultou o levantamento dos estudos, visto que a COGTES possui, em seus arquivos, estudos a partir de 2011.

Outra dificuldade para a realização do levantamento foi o fato de que os projetos estavam armazenados em pastas separadas por meses e não digitalizados. A fim de agilizar o levantamento, também foi analisado um relatório realizado pela COGTES sobre os projetos de pesquisas encaminhados à instituição no período de 2011 a 2014, contudo observou-se que as informações contidas no documento diziam respeito, apenas, à quantidade de projetos enviados por regionais. Nada constava sobre os temas pesquisados nesse período.

Em relação às temáticas identificadas no levantamento de pesquisas, das 428 pesquisas enviadas à COGTES nos anos de 2013 a 2014, três pesquisas envolviam o tema drogas na APS. O levantamento teve início pelo ano de 2013, pois a equipe da COGTES ainda estava organizando os projetos enviados no período de 2011 a 2012; assim sendo, apenas os projetos enviados em 2013 e 2014 estavam organizados por meses. A instituição não possuía nenhuma informação digitalizada,

situação que dificultou o levantamento. Além disso, a COGTES não dispõe dos resultados de pesquisa.

Ressalta-se que embora as pesquisas identificadas nesse levantamento não tratassem, especificamente, das práticas clínicas, acesso ou cuidado, os três estudos, de alguma forma, abordam assuntos que poderão repercutir nessas questões.

Nesse sentido, para investigar esses resultados foi realizada uma pesquisa, por meio de uma busca em base de dados, uma vez que a COGTES possuía apenas os projetos sem os respectivos relatórios. Desse modo, foram identificados os resultados de um estudo fruto de uma dissertação de mestrado profissional da UFC, cujo objetivo foi avaliar a influência da dependência química no abandono do tratamento para tuberculose pulmonar em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.

O estudo, de natureza quantitativa, embora não esteja diretamente relacionado aos cuidados aos usuários de drogas, pode repercutir nesse processo, uma vez que identifica uma relação significativa entre o abuso de drogas, especialmente as ilícitas, e o abandono do tratamento de tuberculose, os gestores ou profissionais poderiam dar uma maior atenção aos usuários com tuberculose e pensar em práticas que favoreçam a manutenção do tratamento. A autora conclui o estudo alertando que pode haver um risco maior de abandono de tratamentos de tuberculose em pacientes usuários de drogas, principalmente as ilícitas.

Os resultados desse estudo podem ser bastante úteis para profissionais de APS que, geralmente, não investigam se o paciente faz uso de drogas, por acreditarem que o problema não é uma demanda da APS, como se observa no discurso do profissional abaixo:

[...] mas a gente não tem isso de perguntar se o paciente usa drogas [...] mas a abordagem até pra perguntar se você usa algo pra confirmar, eu, particularmente, nunca fiz, eu sei por uma historia que alguém conta e diz (Profissional 4).

Subsidiados por esses resultados, os profissionais da APS poderiam atribuir uma importância maior ao trabalho de identificação de usuários do serviço, os quais abusam de drogas, bem como pensar em estratégias para aqueles

pacientes que são usuários, a fim de aumentar o engajamento de tais sujeitos nos cuidados relacionados à tuberculose.

Os resultados da referida pesquisa também podem ajudar na compreensão da importância da oferta de um cuidado integrado, visto que fica claro que problemas psicossociais como o abuso de drogas podem piorar o estado de saúde daqueles usuários que estão recebendo cuidados para a tuberculose. Nesse sentido, ao refletir sobre as repercussões práticas desses resultados, pode-se pensar quais estratégias voltadas para a diminuição do consumo de drogas também estão contribuindo para o tratamento da tuberculose.

Dessa forma, não faz sentido o discurso fragmentado apresentado por profissionais da APS, pois ao privilegiar como sua demanda agravos orgânicos em detrimento de aspectos psicossociais, transparece uma noção de saúde-doença ainda vinculada ao modelo biomédico, como se observa no seguinte discurso: *Então aqui é voltado para esse processo saúde-doença, é a hanseníase, a hipertensão, a diabetes e tuberculose [...]* (Profissional 1).

Outra pesquisa identificada no levantamento do quadro 2 envolvendo cuidados a usuários de drogas na APS foi “Experiência espiritual no contexto do acolhimento à pessoa em uso abusivo de drogas e sua família : uma ação integrada à clínica ampliada na estratégia saúde da família”. A pesquisa cujo objetivo foi analisar como se articula a dimensão espiritual como recurso da clínica ampliada no contexto de acolhimento à pessoa em sofrimento psíquico foi fruto de uma dissertação de mestrado acadêmico da UFC, do curso de Mestrado em Saúde Pública (SAMPAIO, 2014). Nesse sentido, o estudo pode ser relacionado a práticas clínicas, uma vez que utiliza a experiência espiritual como recurso da prática clínica.

A pesquisa, de natureza qualitativa, mediada pela pesquisa-intervenção, partiu de uma atividade já realizada na ESF, pela autora e outros profissionais que consistem em um grupo de acolhimento de usuários de drogas no serviço de saúde, que utiliza recursos que envolvem a espiritualidade, por meio de uma abordagem de clínica ampliada. O recurso espiritual utilizado foi a fluidoterapia que consiste no uso da técnica de imposição de mãos (passe espírita) que se alia à oração.

De acordo com o estudo, o trabalho com a espiritualidade pode facilitar a produção de sentido existencial e espiritual para as experiências dos usuários, processo percebido pela autora como necessário, o qual que deve ser alinhado a elaborações de projetos de vida.

A autora também pontua a necessidade de uma formação continuada, que deve abranger uma perspectiva interdisciplinar para os profissionais da ESF.

Como se percebe, a pesquisa sobre espiritualidade partiu de uma intervenção que já era realizada no serviço e que ganhou respaldo com a observação, pois a atividade passou a ser amparada por uma análise científica realizada durante o estudo. A pesquisa-intervenção, segundo Tripp (2005), pode ser considerada um recurso metodológico direcionado para a construção de conhecimento teórico ou para aprimorar a prática, por meio da relação entre o agir no campo da prática e a investigação a respeito dela. Nesse sentido, planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhoria de sua prática, aprendendo mais, no decorrer do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação (TRIPP, 2005).

Desse modo, apesar da pesquisa sobre espiritualidade ter partido de uma ação que já era realizada na unidade, esse estudo também pode ter um importante papel no cotidiano do serviço, visto que a pesquisa-intervenção pressupõe um aprimoramento da prática. Contudo, a autora não mencionou como essa pesquisa repercutiu no serviço.

A pesquisa intervenção pode ser considerada do tipo participativa, no que se refere à metodologia, apesar da literatura brasileira apresentar diversas tendências metodológicas que envolvem o conceito de participação, gerando muitas dificuldades à sua compreensão. Segundo Rocha e Aguiar (2003), a pesquisa participativa constitui-se em uma metodologia com pressupostos gerais de pesquisa, envolvendo diferentes modos de ações investigativas e de priorização de objetivos. Por outro lado, a pesquisa-intervenção consiste em uma tendência das pesquisas participativas, que busca investigar a vida de coletividades, assumindo uma intervenção de caráter sociopolítico.

Aparentemente, a referida pesquisa buscou mais a construção de teoria a partir de uma intervenção no serviço. Contudo, a construção de conhecimento teórico a partir de determinada atividade também pressupõe uma articulação e sintonia entre academia e prática.

Além disso, a apresentação dessa experiência, bem como de seus resultados para profissionais de outras unidades de atenção primária, poderia inspirar novas experiências que abordassem, de alguma forma, o tema da

espiritualidade, contribuindo assim para a oferta de um cuidado integrado e mais humano.

Mesmo que os estudos não impliquem em implementações formais nas unidades básicas de saúde, um simples momento para discutir esse assunto, por meio da apresentação sobre os resultados das pesquisas, poderia ser um espaço para os profissionais discutirem sobre a temática, visto que a carência de informações sobre o tema é tamanha que, por vezes, os profissionais sentem-se despreparados para o trabalho com esse público, como se percebe no seguinte relato de um funcionário que trabalha há 18 anos em APS: *inclusive em relação ao usuário de drogas, essa é a primeira capacitação (CRR-UECE) que nós fizemos, já fizemos capacitação como um todo, mas de usuário de drogas é a primeira vez...* (Profissional 3).

Outro estudo identificado foi o seguinte: Concepções e ações de profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF, de Fortaleza/CE, sobre Saúde Mental, Drogas (*crack*, álcool e outras drogas) e Redução de Danos na Atenção Primária. Trata-se de um projeto guarda-chuva, ainda em andamento, cujo objetivo é analisar se as concepções sobre drogas, e sua intrínseca articulação com os valores políticos, sociais e morais dos profissionais, possibilitam ou limitam a adoção de ações de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas. O estudo é de natureza quantitativa. A pesquisa é coordenada por Aluizio Ferreira Lima, professor de psicologia da UFC, e conta com apoio financeiro da FUNCAP.

Da mesma forma que os outros estudos, o conhecimento dos resultados dessa pesquisa poderiam repercutir nas práticas de cuidado relacionadas aos usuários de drogas. No entanto, ao realizar uma busca na *internet*, não foi possível encontrar nenhum resultado referente a essa pesquisa.

As informações sobre os estudos oriundos de projetos enviados à COGTES, que envolvem a temática sobre cuidados aos usuários de drogas na APS, podem ser representadas pela tabela abaixo:

Quadro 12 – Projetos enviados à COGTES

Projetos	Data de envio à COGTES	Autoria/ano de publicação	Método	Curso	Instituição	Financiamento	regional	resultados
Tuberculose pulmonar e o uso de drogas ilícitas: entre o abandono e a cura.	Maio de 2013	Cassiano, 2014	quantitativa	Mestrado profissional em saúde coletiva	UFC	Próprio	II	sim
Experiência espiritual no contexto do acolhimento à pessoa em uso abusivo de drogas e sua família: uma ação integrada à clínica ampliada na Estratégia de Saúde da Família.	Setembro de 2013	Sampaio, 2014	pesquisa-ação	Mestrado em saúde pública	UFC	Próprio	III	Sim
Concepções e ações de profissionais dos núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF de Fortaleza/CE sobre saúde mental, drogas e redução de danos.	Dezembro de 2013	Aluísio Ferreira de Lima	quantitativa		UFC	FUNCAP	todas	Não

Fonte: Elaborado pela autora.

Tendo em vista a diversidade de objetos que podem ser investigados na APS, percebe-se, pois, interesse pela temática que envolve os cuidados aos usuários de drogas, inclusive, observa-se até mesmo o financiamento de uma pesquisa. A temática faz parte da agenda de prioridades em saúde e, por isso, também vem despertando o interesse da comunidade acadêmica. Contudo, não se observa o mesmo interesse em implementar esses estudos.

## 5.2 POSSÍVEIS ARTICULAÇÕES ENTRE TEORIA E PRÁTICA

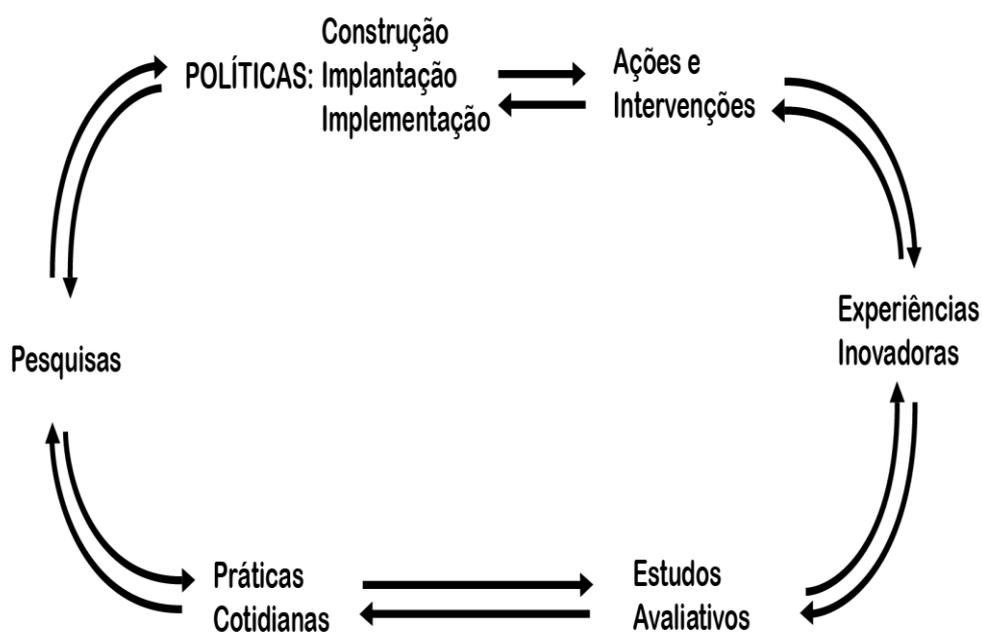
Com base na percepção dos participantes da pesquisa, foi construído um esquema de compreensão sobre as possibilidades de articulação entre teoria e prática ou entre academia e serviços.

Desse modo, foram pensadas as seguintes possibilidades de articulação:

- **Pesquisas – influenciando políticas: construção, implantação e implementação, avaliação – influenciando ações e intervenções.**
- **Intervenções, experiências inovadoras – pesquisas sobre as experiências, importância dos estudos avaliativos – influência nas políticas – influência no cotidiano.**

Foi percebido, então, que as possibilidades de articulação poderiam ser representadas por meio de um círculo, visto que são possibilidades que não se esgotam, pois vão desde a teoria à prática, até a prática à teoria. Algumas dessas possibilidades serão discutidas detalhadamente nos seguintes subcapítulos:

**Figura 4 – Articulações entre teoria e prática**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

### 5.3 A COMPLICADA RELAÇÃO ENTRE PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS NO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS

No caso da temática que envolve o cuidado a usuários de drogas, a redução de danos ainda é polêmica e alvo de muitas críticas, apesar de já ser uma abordagem de cuidados preconizada pela Política Nacional de cuidados a usuários de álcool e outras drogas, de 2004, percebe-se que os serviços de saúde ainda mantêm práticas direcionadas para a abstinência, bem como um discurso moralista. O assunto sobre o uso de drogas ainda é considerado um tabu, nesse sentido, os profissionais sequer investigam se os usuários da APS utilizam drogas, como se percebe nos relatos abaixo:

[...] porque você coloca o termo droga em si né? Você termina estimulando aquele adolescente a usar uma outra forma de droga, não é esses que eu falei antes né? Como medicamento, você já pensa no *crack*, na maconha, nas drogas mais pesadas (Profissional 2). Até pra perguntar se você usa algo pra confirmar, eu, particularmente, nunca fiz, eu sei por uma história alguém conta e diz, olhe doutor, ele é usuário de *crack*, a gente diz: rapaz não faça isso não” (Profissional 3).

A não institucionalização do usuário de drogas, bem como o seu atendimento em serviços como a APS, ainda suscita muitas polêmicas entre os profissionais de saúde que, por vezes, como visto acima, ainda buscam a internação como uma forma de tratamento ao usuário de drogas, geralmente, pressionados pelas famílias dos usuários.

Nesse sentido, os avanços científicos recentes vêm se confrontando com dogmas religiosos com perceptível influência nas políticas ou nas práticas em saúde. Percebe-se, pois, que a estratégia de redução de danos tem sido alvo de várias críticas por grupos que têm mantido posições dogmáticas que contrariam evidências consolidadas na ciência e favorecem a manutenção do cuidado centrado no modelo asilar (BARRETO, 2004).

O movimento de Reforma Psiquiátrica influenciou bastante o cuidado ao usuário de drogas, principalmente por questionar o seu princípio tradicional, a institucionalização e, em contrapartida, propor a oferta de cuidados, por meio de serviços substitutivos, deslocando o centro de atenção à saúde do hospital para a comunidade.

É sabido, no entanto, que a Política de Saúde Mental brasileira, que representa alguns ideais da Reforma Psiquiátrica, além de incorporar as diretrizes gerais do SUS, como direito à saúde e integralidade da atenção, realizou uma reforma do paradigma teórico psiquiátrico tradicional em direção a um modelo mais inovador de atenção à saúde. Contudo, de acordo com Amarante (1998), a política que ainda está em processo de institucionalização, contrária à dominação do hospital psiquiátrico, baseou-se mais em valores do que em evidências científicas da eficácia de novos arranjos e procedimentos sugeridos.

De acordo com Campos (2008), a transformação das diretrizes da reforma psiquiátrica em política nacional parece indicar ser possível a existência de certa dissociação entre evidências concretas de eficácia e a gestão de políticas públicas. Nesse sentido, aparentemente, as modificações na saúde mental brasileira estão sendo fomentadas mais pela influência de valores e lutas sociais que por indicadores positivos relativos ao modelo de atenção sugerido pelos reformistas.

Ainda segundo o autor, algumas dificuldades contribuem para a desarticulação entre pesquisas e políticas em saúde mental, como a escassez de pesquisas que avaliam o impacto dessa rede alternativa na saúde dos usuários; paradigma dominante das ciências positivistas nas universidades; conflitos de

interesses que influenciam qualquer campo científico; dificuldades relativas à construção do campo científico, uma vez que abrange preocupações com a constituição do sujeito, tema que transcende a busca por evidências neurofisiológicas e abarca concepções sobre modos de levar e de organizar a vida individual e coletiva.

Sobre a necessidade de buscar evidências para orientar políticas e práticas em saúde mental, primeiramente, é necessário o seguinte questionamento: Mas o que é uma evidência científica, afinal?

De acordo com Campos, Onocko-Campos e Del Barrio (2013), evidência, em várias línguas, significa “certeza manifesta”, ou seja, aquilo que não necessita de demonstração para ser compreendido, pois fala por si só. O termo, durante muito tempo, esteve relacionado à ciência moderna médica e servia para indicar que algumas metodologias, quando corretamente utilizadas, produziriam, sempre, independente do contexto e valores envolvidos, uma certeza manifesta. Contudo, o raciocínio positivista responde apenas a alguns aspectos do processo saúde/doença, como questões relativas aos efeitos de psicotrópicos, deixando de investigar questões importantes que influenciam o processo saúde/doença, como a experiência de adoecimento.

Nesse sentido, as práticas profissionais cotidianas envolvem aspectos bem mais amplos que aqueles que as ciências positivistas conseguem responder. Desse modo, observa-se a importância que a experiência e os processos subjetivos adquirem no campo da saúde mental, retomando o pensamento aristotélico no que diz respeito à valorização da experiência imediata na construção de saberes (CHAUÍ, 2004).

Surge então o conceito de evidência qualitativa no contexto de desenvolvimento e debate com a Medicina Baseada em evidências, com metodologias próprias de sua natureza. Entretanto, é válido ressaltar que esta, da mesma forma que a evidência quantitativa, não deve ser aceita como uma certeza absoluta.

Desse modo, a evidência deve ser apreendida com cautela, uma vez que Campos, Onocko-Campos e Del Barrio (2013) pontuam que o desafio para os decisores está em conseguir interpretar as evidências, e não aceitá-las como verdades absolutas que dão conta de toda a realidade, portanto, devem-se analisar várias evidências construídas por meio de metodologias diferentes, visto que o

fenômeno da saúde é complexo, deve-se sempre buscar colocar as evidências em diálogo, para uma ressignificar a outra.

Outro problema que dificulta a formulação de políticas com base na produção científica é o fato de que, muitas vezes, as decisões são necessárias em áreas com escassas evidências, como a saúde mental, visto que de acordo com Barreto (2004), a academia, no que se refere à saúde, ainda está centrada em investigações relacionadas ao modelo médico.

Além disso, dentre os conhecimentos produzidos na área de saúde mental, por ser um campo de estudos (de acordo com a definição de campo e núcleo de Gastão Wagner, 2000), várias disciplinas podem produzir conhecimento relacionados à saúde mental no que se refere aos transtornos relacionados a álcool e drogas, nesse sentido o “estoque” pode não ser específico e, por vezes, contraditório, dessa forma, a inexistência de um consenso na comunidade científica pode dificultar a tomada de decisão (BARRETO, 2004).

O processo de transformar o conhecimento em evidência científica que subsidie uma decisão é complexo e nunca totalmente científico, de acordo com Barreto (2004), todo o processo é permeado por diferentes interpretações e valorações do conhecimento existente, da mesma forma que o processo de produção de conhecimento está mediado por relações que se estabelecem em torno da comunidade científica e desta com vários setores e interesses da sociedade. Nesse sentido, o conhecimento científico, frequentemente, confronta-se com outras posições e interesses envolvidos que podem constituir-se em forças de oposição à própria ciência.

Outra situação que dificulta a utilização dos resultados de pesquisas é o envolvimento dos participantes da investigação apenas no período de coleta, reduzindo-os a dados. Dessa forma, as questões que originaram as pesquisas, os caminhos a percorrer para respondê-las, bem como a análise e discussão dos dados, são realizadas pelo pesquisador, no contexto da academia. Essa situação pode ser observada de acordo com o relato do Profissional 7: *“Olha, os alunos das faculdades só aparecem no momento das entrevistas, e depois somem”*.

Essa exclusão dos participantes do estudo dos aspectos cruciais de uma pesquisa, para Patton (1996), é um aspecto que dificulta a utilidade dos resultados de um estudo, uma vez que o autor defende que os atores envolvidos na investigação devam participar de todas as etapas de um estudo, desde o seu planejamento até a discussão das possibilidades de uso dos achados.

Nesse sentido, o pesquisador deve trabalhar em parceria com os participantes da pesquisa que, de alguma forma, serão impactados pelo estudo, os quais Patton (1996) denomina *stakeholders*. Contudo, o aspecto crucial que favorece o uso dos resultados de uma pesquisa é identificar os prováveis sujeitos que utilizarão os resultados do estudo para, então, envolvê-los em todo o processo de investigação.

Desse modo, de acordo com as ideias de Patton (1996), as possibilidades de utilidade dos resultados de um estudo devem ser analisadas antes do desenvolvimento das pesquisas, e não após a conclusão delas.

Além de conflitos existentes entre os achados científicos e as questões econômicas e políticas, a ciência está imersa em seus próprios conflitos, que vão além de questões puramente intelectuais. De acordo com Bourdieu (1976), a área científica é considerada um campo como outro qualquer e, por isso, sujeito a conflitos e lutas de interesses pelos participantes que almejam o capital simbólico, que nesse caso está representado pelo prestígio e autoridade relacionados às produções científicas.

O campo científico, portanto, é considerado um sistema de relações objetivas e subjetivas no qual ocorre um jogo de luta concorrencial. O monopólio da autoridade científica é o objeto de busca que ocasiona a concorrência entre os pesquisadores representada por uma luta que é sempre desigual, visto que os capitais (econômicos, simbólicos) que estão em jogo não estão distribuídos de forma homogênea entre os pesquisadores, sendo assim há os dominantes que ocupam posições mais altas na estrutura de capital científico e os dominados, os novatos, aspirantes a dominadores, configurando assim uma relação de poder na área científica (BOURDIEU, 1976).

Essa relação desigual de poder, na prática, repercute no contexto acadêmico, da seguinte forma: dentre os aspectos que asseguram respaldo científico sobre determinado achado está o prestígio do autor, ou seja, aquele pesquisador mais experiente, pioneiro em determinada pesquisa, geralmente, possui maior credibilidade científica em relação ao cientista inexperiente.

Diante do exposto, percebe-se que os problemas que dificultam as relações entre as políticas, a produção científica e as práticas em saúde vão desde crenças comumente partilhadas sobre o comportamento de uso de drogas, até aspectos relacionados ao campo científico. Percebe-se, pois, a existência de muitos

desafios para que a produção científica contribua para formulação de políticas ou mudanças na prática em saúde.

#### 5.4 RESISTÊNCIAS ACADÊMICAS A INVESTIGAÇÕES DAS PRÁTICAS RELACIONADAS AO CUIDADO AOS USUÁRIOS DE DROGAS REALIZADAS NOS DIFERENTES SERVIÇOS

A Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas do município (CPdrogas) desenvolve um trabalho importante no que se refere à formação de profissionais que trabalham na saúde. Contudo, aparentemente, desenvolve um trabalho pouco articulado com o contexto acadêmico.

Em relação ao ensino, a CPdrogas realiza algumas ações juntamente com as universidades, como por exemplo, o plano de enfrentamento ao *crack*, por meio do CRR (curso de formação permanente de profissionais que trabalham na assistência ao usuário de *crack*), como se percebe no discurso da técnica do núcleo de formação da CPdrogas:

A articulação com as universidades é feita através dos CRR's, que são as pessoas que compõem o edital do Ministério da Justiça para constituir os cursos de formação do *crack* (Gestor 4).

Contudo, não há essa articulação em relação às pesquisas, uma vez que os resultados dos estudos que envolvem a referida temática também não são conhecidos pela Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas. A Coordenadoria possui um núcleo específico para assuntos relacionados a pesquisas, contudo, o núcleo enfrenta dificuldades para acessar os resultados dos estudos que vêm sendo produzidos no município de Fortaleza, sobre a temática de drogas:

Assim que a gente, a gente aqui, nós procuramos os serviços, alguns grupos, alguns núcleos para a gente ver o que tinha. A gente não encontrou ninguém que nos desse acesso, depois a X, que é coordenadora do núcleo de formação, solicitou a Y, lá da UFC, lá do núcleo de saúde da UFC e ela ficou de encaminhar e até hoje. Eu acho que ela também nunca, porque a X conversou com ela, falou da dificuldade da gente, de dados e tudo, e ela garantiu à X que daria a ela esse levantamento né? E até hoje nunca chegou [...] se você chegar pra dizer o que é que a gente tem desse universo aqui, se você tiver paciência para achar na biblioteca virtual e procurar um por um, você vai achar, senão, não tem uma, não tem um núcleo ou um laboratório que diga: esse laboratório aqui é pra concentrar pesquisas tal, isso não existe na universidade, e se existe ninguém sabe (Gestor 1).

A coordenadora do núcleo de pesquisa nada mencionou sobre a COGTES, fato que sugere que não há uma articulação entre as coordenadorias. Nesse sentido, aparentemente, a CPdrogas não tem conhecimento sobre os temas dos estudos que abordam a temática da droga no município de Fortaleza.

O núcleo de pesquisa da CPdrogas, além de trabalhar com estudos, também é responsável pela construção de bancos de dados relacionados aos serviços de assistência ao usuário de drogas e também pelas informações relacionadas a estes serviços, como se percebe no seguinte relato:

Aqui não é um núcleo exclusivo para pesquisa, é pesquisa, informação e banco de dados. No momento, nós estamos recebendo a informação de dois serviços que nós temos. No caso, o serviço de acolhimento que temos dentro da casa né? do núcleo de acolhimento e o serviço de telefonia para onde os usuários ligam para saber a respeito de como serão atendidos aqui (Gestor 1).

As pesquisas realizadas pela CPdrogas são desenvolvidas pelos próprios profissionais do núcleo, que é coordenado por uma pesquisadora com doutorado, sem nenhuma participação das universidades.

No momento da coleta de dados, o núcleo estava desenvolvendo a sua primeira pesquisa, que partiu de um edital da FUNCAP, sobre usuários de *crack* em situação de rua, com objetivo de investigar como ocorre o atendimento da população em situação de rua ao buscar um serviço de saúde, como se observa no relato abaixo:

[...] nós temos apenas uma pesquisa. É uma pesquisa sobre população em situação de rua, aqui de Fortaleza, do município de Fortaleza, e nosso foco da pesquisa é saber como pessoa em situação de rua é atendida nas suas necessidades, quando eles procuram o serviço, quando essa população procura os serviços, a gente tá trabalhando (Gestor 1).

A pesquisa justifica-se, segundo a técnica em pesquisa da CPdrogas, pelo fato de não haver clareza sobre a quantidade de moradores de rua que fazem uso de drogas. Sobre a relevância do estudo, a técnica argumenta que os resultados podem ser úteis para reduzir a estigmatização dos moradores de rua, uma vez que há uma crença, comumente partilhada, de que todo sujeito em situação de rua é usuário de drogas.

Além disso, segundo a técnica do núcleo de pesquisa, o estudo também poderá ser importante para ampliar a atenção aos usuários de drogas em situação de rua.

Quanto à natureza do estudo, a pesquisadora do núcleo de pesquisa não esclarece sobre a metodologia utilizada, apenas enfatiza em vários momentos a importância de a gestão possuir números, dados quantitativos para tomada de decisões.

Sobre a utilização dos resultados pela gestão, a técnica do núcleo de pesquisa acredita que, provavelmente, o estudo contribuirá para o processo de tomada de decisões, uma vez que irá investigar um trabalho que ocorre na CPdrogas, que é o acolhimento da população em situação de rua, nesse sentido, a pesquisa poderá fortalecer a CPdrogas, como se observa no seguinte relato:

[...] então, são várias questões que a gente vai trazer nessa pesquisa, exatamente pra gente tá fortalecendo, em primeiro lugar, a nossa política aqui, que a CPdrogas é uma política pública, então a gente vai tá fortalecendo a Cpdrogas, com dados de serviços, com qualificação de serviços em relação ao usuário que chega aqui e que é considerado morador em situação de rua, então disso nós já temos a certeza, porque nós somos a própria política (Gestor 1).

Ademais, segundo a técnica de pesquisa, os resultados também podem guiar intervenções de formação em vários serviços que não estão apresentando adesão satisfatória de usuários de drogas.

Sobre o fato dos estudos do núcleo de pesquisa serem realizados por uma integrante da política, Patton (1997) alerta que nos processos de investigação, é importante que haja uma comunicação e até uma parceria entre aqueles que investigam o fenômeno em questão e o gestor, porém deve-se ter uma distância para que os aspectos éticos sejam resguardados.

Desse modo, há uma distância entre a COGTES, com os registros dos projetos de todas as pesquisas realizadas na cidade de Fortaleza, e a CPdrogas, com um núcleo específico para desenvolver estudos sobre o assunto. Aparentemente, os profissionais do núcleo de pesquisa realizam estudos sem conhecer os projetos de pesquisa que estão sendo desenvolvidos na cidade de Fortaleza, em sua maioria, realizados por pesquisadores vinculados às universidades.

Observou-se uma articulação entre o núcleo de formação e de pesquisa da coordenadoria, contudo o trabalho em parceria, aparentemente, está relacionado

ao desenvolvimento de instrumentos como questionários, como se percebe no seguinte relato:

O núcleo de pesquisa ele nos auxilia, por exemplo, a gente quer fazer um questionário no final pra ver se houve um resultado, eles sempre nos auxiliam e também eles têm uma pesquisa, eles têm uma pesquisa onde a questão metodológica também, da organização dos seminários e dos fóruns, nós organizamos essa questão juntas, porque o núcleo de formação, ele é responsável pela questão metodológica de todos os processos relacionados, então, o núcleo de articulação vai fazer uma oficina na comunidade, a gente tá junto fazendo a questão metodológica, a sistematização metodológica nesse aspecto, seja ele comunitário, seja formativo, seja uma reunião de gestão, a gente tá sempre próximo, organizando e sistematizando isso (gestor 4)

Observa-se então, que a CPdrogas, apesar de realizar parcerias com outras políticas e instituições, permanece distante das universidades no que se refere às pesquisas, pois os profissionais apenas conhecem os estudos desenvolvidas dentro da própria coordenadoria, pelo núcleo de pesquisa.

Sobre as pesquisas realizadas nas universidades, a técnica do núcleo de formação reconhece que, de fato, há uma distância entre os estudos acadêmicos e a CPdrogas, no entanto, ela justifica essa distância argumentando que as pesquisas acadêmicas não repercutem nas práticas profissionais que trabalham nos serviços, uma vez que são voltadas para a fundamentação teórica, como se percebe no seguinte relato:

[...] a gente queria uma relação bem mais próxima da universidade, principalmente nas pesquisas, pesquisas que foram coerentes e que realmente fossem pesquisas de intervenção no serviço, que trouxesse um benefício para os profissionais que estão ali na ponta [...] nas universidades ficam muito baseadas na fundamentação teórica e não têm um olhar da vivência (Gestor 4).

Segundo este relato, observa-se que de acordo com a técnica, as pesquisas que repercutem nos serviços são aquelas com metodologias com base em intervenções, ou estudos que investiguem as práticas que já estão sendo realizadas nos serviços, mas que não possuem nenhuma evidência científica que possa justificar a manutenção dessa prática, melhorá-la ou aboli-la.

Nessa perspectiva, para os profissionais da CPdrogas, as pesquisas são importantes para trazer evidências para as intervenções que já estão sendo realizadas. Desse modo, o fluxo indicado pela coordenadoria é o seguinte: parte-se de intervenções que já estão sendo realizadas – em seguida, realiza-se um estudo

para trazer evidências que apoiem essas ações, como se observa nesse relato: eu acho que cada atividade metodológica né, ela gera uma pesquisa né (técnica do núcleo de formação da CPdrogas)

Esse tipo de estudo parece ser importante para a CPdrogas, uma vez que a coordenadoria possui várias atividades de formação e capacitação realizadas com diferentes parceiros, principalmente com as políticas de educação, assistência social, saúde e direitos humanos. A metodologia utilizada nas formações está relacionada à educação permanente, contudo, algumas intervenções ainda não possuem evidência científica que comprove que houve, de fato, uma melhoria na atenção integral ao usuário de drogas, como se percebe no seguinte relato:

Essa semana, por exemplo, tem uma escola na área do Vicente Pinzon que é uma área que tem um grande índice de homicídio, que ela começou uma ação com os adolescentes. A gente sistematizou toda a oficina a partir do território e aí a gente deslocou uma profissional da gente, organizou metodologicamente e sistematizou tudo com os adolescentes e profissionais, então, foi uma aprendizagem de troca com eles, a profissional do núcleo de formação, que é enfermeira, foi até à unidade com a enfermeira que é responsável pela área, com a médica responsável pela área, com a dentista, ela montou, ela fez o grupo e naquele momento a enfermeira naquela equipe, ela tá aprendendo como é fazer um combinado com o adolescente, descobrir como é que o adolescente quer a temática relacionada à promoção de saúde, à questão da violência e uso de droga, em cima daquilo ali é que se vai se desenvolver os próximos grupos, no lugar do professor vir pra sala de aula, o que é que falta agora em cima disso alguém que vá encontrar as evidências científicas se aquele grupo realmente trouxe alguma modificação (Gestor 4).

A busca por evidência científica parece ser uma orientação da *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), o órgão das nações unidas para drogas e crimes. Buscando seguir essa orientação, a CPdrogas está realizando um projeto de prevenção voltado para o público adolescente, o “#tamojunto” reconhecido pela UNODC, que atende a adolescentes de 10 a 14 anos. O programa foi realizado em São Paulo, deu origem a uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e está sendo aplicado no município de Fortaleza.

Por meio dessas pesquisas que buscam evidências científicas, as políticas sobre drogas poderiam subsidiar as atividades que estão sendo realizadas, uma vez que a técnica da coordenadoria do núcleo de formação percebe uma melhora considerável em relação ao atendimento ao usuário de drogas no município de Fortaleza desde que foram iniciadas as atividades de formação, contudo ressalta

que a sua percepção não é uma evidência científica, portanto ainda não se pode afirmar que as formações implicam na melhoria da atenção aos usuários de drogas.

Desse modo, observa-se que há uma preocupação em desenvolver ações que apontem a efetividade dessas intervenções, processo denominado por Prática Baseada em Evidências. A PBE visa à melhoria do cuidado, por meio da identificação e utilização de práticas efetivas e a eliminação das práticas que não funcionam ou são prejudiciais. (SANTOS; PIMENTA, 2007).

Sobre o conceito de APBE, Filippin e Wagner (2008) pontuam que o termo pressupõe o uso consciente, explícito e ponderado da melhor e mais recente evidência de pesquisa na tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes

Corroborando com a ideia acima, Mendes, Silveira e Galvão (2008) pontuam que a utilização de resultados de pesquisas no auxílio de decisões é um dos pilares da PBE. Nesse sentido, para que ocorra a implementação dos resultados, os tomadores de decisão devem saber como obter, interpretar e integrar as evidências, de acordo com o contexto em que a decisão precisa ser tomada.

Outra questão ressaltada pelos profissionais da CPdrogas é a importância dos números, de dados quantitativos para auxiliar a tomada de decisão. De acordo com o Centre for *Evidence Based Medicine de Oxford*, haveria cinco níveis de evidência científica, sendo o padrão ouro os estudos de Ensaio Clínica Randomizado (ECR) e as revisões sistemáticas dos mesmos ECR. Estudos observacionais não comparados, experiência clínica, entre outros, constituiriam evidências fracas, de quarto nível (CAMPOS; ONOCKO-CAMPOS; DEL BARRIO, 2013).

A classificação acima, que considera apenas estudos com abordagens quantitativas, está de acordo com a utilizada na medicina baseada em evidências. Contudo, considerando a abordagem qualitativa para o conhecimento, estudiosos da enfermagem elaboraram uma classificação que inclui os estudos com abordagens qualitativas (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

A classificação hierárquica com a inclusão de metodologias qualitativas é baseada na categorização da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* dos Estados Unidos da América e possui seis níveis de evidência: 1. Metanálise de múltiplos estudos controlados; 2. Estudo individual com desenho experimental; 3. Estudo com desenho quase-experimental, como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, serialização com grupo único pré-teste, séries

temporais ou caso-controle; 4. Estudo com desenho não experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; 5. Relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; 6. Opinião de autoridades respeitáveis, baseada na competência clínica, ou opiniões de comitês de especialistas (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Apesar de haver uma hierarquia de evidências que privilegia as metodologias quantitativas, muitos estudos ressaltam que as metodologias de pesquisas estão adequadas às naturezas dos estudos. Nesse sentido, questões orientadas para a causa, prognóstico, diagnóstico, prevenção, tratamento ou custos sobre problemas de saúde são melhores respondidas por meio de abordagens quantitativas. Por outro lado, questões sobre o significado ou experiência de doença e compreensão dos sentimentos do paciente sobre efeitos de uma intervenção são melhores respondidas por abordagens qualitativas (TURATO, 2005); (GALVAO; SAWADA; MENDES, 2003); (GALVAO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

Visto que aspectos subjetivos também interferem na qualidade dos cuidados ofertados aos usuários de drogas, da mesma forma que as pesquisas quantitativas, as investigações qualitativas que envolvam compreensão de diferentes significados relacionados às experiências dos usuários de drogas também são importantes, uma vez que podem contribuir igualmente para tomadas de decisões sobre o assunto.

De acordo com a técnica do núcleo de formação da CPdrogas, a UNODC está orientando que a Coordenadoria realize uma pesquisa que investigue a experiência do projeto “#tamojunto” no município de Fortaleza, haja vista que a execução do projeto evoluiu bastante no que se refere às relações intersetoriais, como se observa no seguinte relato:

[...] nesse momento, a gente tá fazendo o papel de fortalecimento de rede intersetorial, e Fortaleza avançou muito nesse processo e agora a uniodc tá é pedindo pra gente fazer uma pesquisa em cima da experiência de Fortaleza, porque Fortaleza evoluiu muito nessa questão das relações intersetoriais e agora o próximo passo seria buscar uma universidade que pudesse dar esse suporte pra gente desenhar, realmente, essa rede intersetorial de prevenção a nível universal (Gestor 4).

Outro tipo de pesquisa que poderia contribuir para a política relacionada ao usuário de drogas no município, segundo os profissionais da CPdrogas, seriam

estudos com base em projetos de intervenção. Assim sendo, principalmente os cursos de especialização poderiam focar nesse tipo de trabalho, haja vista o caráter mais profissional desse tipo de formação, como se observa no seguinte relato:

[...] algumas vezes, por exemplo, eu já fui chamada pra banca de especialização e a aluna tão teórica e tão distante, mas ela está lá se especializando, seria muito mais interessante que o produto da especialização dela fosse um projeto de intervenção para que ela, realmente, se tornasse um especialista naquela intervenção do que ela fazer evidência teórica que não vai levar pra canto nenhum, ela vai voltar pro serviço especializado, porém sem empoderamento e sem apropriar à realidade dela (Gestor 4).

A pesquisa intervenção também pode ser considerada uma estratégia de articulação entre teoria e prática, Coimbra (1995) ressalta que nesse tipo de estudo, ao invés de “conhecer para transformar” o pesquisador “transforma para conhecer”.

Desse modo, não se trata de estudos com metodologias com justificativas epistemológicas, pois se caracteriza como um recurso de intervenção no qual se afirma o ato político que toda investigação constitui, no entanto, nela deve existir uma articulação entre a teoria e aquilo que se observa nas intervenções (ROCHA; AGUIAR, 2003).

A pesquisa-intervenção pode ser considerada uma proposta de atuação transformadora da realidade sociopolítica, uma vez que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social. Nessa perspectiva, a relação sujeito/objeto é assumida como variável de interferência, não como uma dificuldade a ser superada, mas como contribuinte do processo de produção do conhecimento (ROCHA; AGUIAR, 2003).

A neutralidade científica, relacionada ao paradigma positivista, é superada. Observa-se, pois, uma aproximação com o paradigma fenomenológico.

De acordo com Heidegger, a dicotomia existente na relação entre sujeito e objeto está de acordo com a metafísica (pensamento dominante de determinada época) da subjetividade, ou da modernidade, mas que começou a ser construída desde Platão, alcançando a sua máxima expressão em Descartes, cuja ciência e a técnica possuem papel fundamental na produção do conhecimento. Nessa perspectiva, até mesmo o homem se coisifica (BOCK; FURTADO, TEIXEIRA, 2002).

Contudo, Heidegger posiciona-se contra essa polaridade existente entre o conhecedor e o conhecimento, argumentando que a única maneira possível de se

compreender o fenômeno é deixá-lo brotar de forma espontânea. Para Heidegger, este é o caminho para fugir do domínio da técnica (FERREIRA NETO, 2015).

De acordo com Ferreira Neto (2015), o ideal da neutralidade científica, na verdade, afasta a possibilidade da compreensão do fenômeno investigado, uma vez que na concepção Heideggeriana, o fenômeno é a própria relação entre sujeito e objeto, constituído na experiência de mundo. Nesse sentido, o pesquisador não é apenas uma consciência capaz de descrever os fenômenos.

Diante do exposto, observa-se que a CPdrogas percebe a necessidade de articulação com as universidades para o desenvolvimento de políticas voltadas à assistência em saúde ao usuário de drogas, contudo, segundo a Coordenadoria, o papel da universidade seria dar respaldo para as ações que já estão sendo realizadas.

Como já ressaltado, a necessidade de produzir evidências para atividades que são desenvolvidas pela Coordenadoria também pode ser vista como uma articulação importante entre teoria e prática. No entanto, dessa forma, a universidade parece adquirir um papel secundário no que se refere ao planejamento de políticas e práticas relacionadas à assistência ao usuário de drogas, uma vez que, ao servir apenas como um recurso que traz respaldo para atividades que são realizadas pela Coordenadoria, adquire um papel coadjuvante em relação às questões de ordem prática.

Contudo, sabe-se que nem sempre se podem tomar decisões embasadas em pesquisas prévias, uma vez que a própria dinâmica da assistência ao usuário de drogas dificulta esse processo, haja vista que, muitas vezes, há a necessidade de uma resposta rápida que envolve aspectos que não foram pesquisados anteriormente. Porém, ressalta-se a importância de investigar a produção científica sobre o assunto, caso haja alguma investigação prévia, antes de tomar uma decisão, procedimento que não é realizado na CPdrogas, tendo em vista que ela desconhece as pesquisas realizadas na cidade de Fortaleza, exceto os estudos realizados pela própria Coordenadoria.

## 5.5 PESQUISAS AVALIATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES NAS PRÁTICAS RELACIONADAS AO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS

As pesquisas avaliativas são muito importantes para melhorar a qualidade da atenção ofertada. Desse modo, no que se refere aos cuidados aos usuários de drogas na APS, muitos aspectos podem ser avaliados como as políticas e as práticas de saúde realizadas nos serviços de cuidados primários.

O aumento das repercussões sociais do uso de drogas tem estimulado o Ministério da Saúde a investir na constituição de serviços e dispositivos que buscam orientar o cuidado ao usuário de drogas na comunidade. Dentre as políticas do Ministério da Saúde que envolvem esta temática, destacam-se: a Política Nacional para Atenção aos Usuários de Álcool e Drogas, o plano de Enfrentamento ao Crack e o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso a Tratamento em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) (SCHNEIDER *et al.*, 2013).

Porém, as referidas políticas não implicam em um atendimento de qualidade aos usuários de drogas na APS e, por isso, investigações avaliativas poderiam trazer um norte sobre as potencialidades e fragilidades da atenção à saúde direcionada a esse público nos serviços de atendimento primário. Desse modo, observa-se que os resultados desse tipo de pesquisa podem oferecer ricos subsídios para orientar as práticas de saúde, funcionando, portanto, como outra forma de articular a produção científica com a prática profissional.

Assim sendo, quando os integrantes da Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas relatam que necessitam de evidências que reforcem ou neguem a efetividade de suas práticas, embora não tenham utilizado o termo, estão se referindo aos estudos avaliativos.

Contudo, como exposto no capítulo anterior, a busca por evidência científica parece ser uma orientação da *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), que é o órgão das nações unidas para drogas e crimes, (entidade que financia algumas das atividades da Coordenadoria) e não uma necessidade percebida pelos integrantes da Coordenadoria.

Patton (1997) discute, porém, que o objetivo de um estudo avaliativo não é justificar investimentos, mas proporcionar subsídios que norteiem a tomada de decisão. Assim, o interesse em avaliação deve sempre estar voltado para a melhoria

da qualidade do trabalho, pois deve interessar a todos os envolvidos e não ser uma obrigação. Por isso, o estudo não deve ser requerido apenas por financiadores ou outras autoridades, nesse sentido deve ser uma demanda de todos os envolvidos.

De acordo com essa ideia, estudos avaliativos que envolvem as ações da Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas devem partir do interesse na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas.

Nesse contexto, os integrantes da CPdrogas, por mais que percebam que houve uma melhoria na qualidade de vida dos usuários, precisam estar preparados para resultados que neguem esta percepção, para então pensar outras possibilidades para a realização de mudanças, visto que a investigação avaliativa não deve estar a serviço de nenhum interesse que não esteja relacionado ao próprio processo em avaliação.

Segundo Patton (1997), além do termo suscitar várias expectativas negativas, pois frequentemente está associado a ameaças, também pode proporcionar aos envolvidos na atividade o contato com uma realidade que eles buscam negar, ou seja, pode ser que as atividades que eles supõem efetivas, na realidade, não sejam.

Por outro lado, a academia não parece interessada em avaliar aspectos relacionados aos cuidados aos usuários de *crack* na Atenção Primária à Saúde, pois apesar de existirem muitos estudos avaliativos em relação à Atenção Primária à Saúde, poucos abordam aspectos relacionados a usuários de drogas, em geral.

Em uma busca realizada na base de dados SciELO, com os seguintes descritores: atenção básica, drogas, avaliação; somente três estudos sobre o assunto foram encontrados:

O estudo de Santos e Oliveira (2013), avaliou a implantação de diretrizes para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas na APS. Participaram da pesquisa, os gestores municipais e profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde. O grau de implantação global das diretrizes foi considerado insatisfatório para a maioria dos profissionais, contudo, para os gestores e alguns profissionais, foi considerado aceitável.

Para orientação do processo avaliativo da implantação da política pública voltada à atenção integral a usuários de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde, os autores utilizaram como padrão as diretrizes do documento A Política do

Ministério da Saúde para a Atenção Integral à Usuário de Álcool e Outras Drogas – Intersetorialidade e Atenção Integral – Promoção e Proteção à saúde e de Prevenção de Agravos.

Dentre os resultados da pesquisa, uma situação preocupante pode ser destacada, somente dois participantes, dentre gestores e profissionais, referiram conhecer a política de atenção integral aos usuários de drogas.

Os profissionais que negaram promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas justificaram o não cumprimento dessa demanda devido à falta de tempo para planejamento das ações, estrutura física da unidade, recusa dos usuários em receber ajuda, sobrecarga de trabalhos e não aceitação da dependência pelos usuários.

Embora a pesquisa tenha retratado o cuidado aos usuários de drogas na APS de um município da região noroeste do Paraná, as dificuldades de ofertar cuidados aos usuários de drogas ocorrem nas unidades de vários outros municípios brasileiros, inclusive, na presente tese, observou-se um contexto bastante semelhante, uma vez que os profissionais também relataram dificuldades estruturais, de precariedade e sobrecarga no trabalho, e falta de capacitações como barreiras que dificultam o cuidado a este público.

Outro estudo avaliativo aborda uma questão importante no que se refere ao cuidado aos usuários de drogas, os processos educacionais. Cordeiro *et al.* (2014) buscaram avaliar as transformações relativas às concepções e propostas de práticas dos agentes comunitários de saúde (ACS) que participaram de processo educativo sobre ações na atenção básica à saúde, direcionadas às pessoas que consomem drogas de forma prejudicial.

O processo educativo em questão foi participativo e partiu de considerações teóricas da Saúde Coletiva, campo que concebe o consumo de drogas como fenômeno de natureza social e propõe políticas e práticas intersetoriais para lidar com a questão.

O estudo tratou de resultados de subprojeto que integra um projeto mais amplo de pesquisa-ação sobre formação de agente comunitário de saúde para o desenvolvimento de práticas relacionadas ao cuidado aos usuários de drogas. Os participantes da pesquisa foram 16 agentes comunitários de saúde, os dados foram coletados antes e após o processo educativo e estavam relacionados a concepções

sobre consumidores de drogas e determinantes do uso, bem como políticas e práticas sociais para o cuidado em saúde envolvendo o abuso de drogas.

Sobre a percepção dos profissionais em relação aos usuários de drogas, os resultados apontaram uma mudança bastante positiva, uma vez que, inicialmente, o usuário era visto como um sujeito sem caráter, sem força de vontade e egoísta; por outro lado, após a formação, os profissionais passaram a perceber o usuário como um sujeito aflito, com dificuldades associadas ao modo de vida contemporânea, como a instabilidade no trabalho.

Essa mudança de concepção pode estar associada a possibilidades de mudança em relação às práticas de saúde, uma vez que o preconceito é uma barreira importante para a oferta de cuidados aos usuários de substâncias psicoativas.

O estudo de Schneider *et al.* (2013) objetivou avaliar o atendimento a usuários de drogas no contexto da rede de atenção em saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família, no município de Porto Alegre. O estudo foi de natureza qualitativa (pesquisa avaliativa de quarta geração) e utilizou entrevistas e observações de campo como estratégias de coleta de dados. Participaram desse estudo, trabalhadores da ESF.

O estudo evidenciou falta de articulação entre a APS e outros serviços que poderiam funcionar como rede de apoio aos usuários e apontou a precariedade de estratégias voltadas ao atendimento dos usuários de drogas na APS. Além disso, ficou evidente a supervalorização dos serviços especializados e a precariedade de recursos comunitários que possam favorecer a continuidade do cuidado.

A respeito da percepção dos profissionais sobre os usuários de drogas, os autores identificaram que os sujeitos que abusam de substâncias psicoativas são vistos como um “grande problema para o SUS”.

O estudo de Silva e Fracolli (2014), embora não tenha se proposto a avaliar especificamente aspectos relacionados ao cuidado ao usuário de drogas na APS, acabou avaliando alguns pontos importantes dessa temática. A pesquisa buscou avaliar a APS, por meio de atributos como acesso de primeiro contato, integralidade, coordenação, longitudinalidade, orientação familiar e orientação comunitária.

O estudo foi de natureza quantitativa, com delineamento transversal realizado com profissionais de equipes de ESF da microrregião de Alfenas, em Minas Gerais. Para coleta de dados, utilizou-se o *Primary Care Assessment Tool*.

A pesquisa aborda e avalia o atendimento aos usuários na APS quando apresenta um item no instrumento de coleta de dados sobre o tratamento/aconselhamento para uso de drogas ilícitas e lícitas, o qual apresentou avaliação negativa, indicando que esse tipo de atividade é bastante raro no serviço de ESF.

Os autores defendem que o atendimento a usuários de drogas na APS deve ser uma questão avaliada, pois apesar do problema envolver também áreas da educação, assistência social e justiça, a política relacionada ao usuário de drogas do Ministério da Saúde tem nas equipes da ESF um dos principais executores do cuidado à saúde, nos aspectos de promoção e de proteção à saúde, bem como de prevenção de agravos, devido à forma como a APS está organizada e a sua proximidade com a população.

## 5.6 O DESCOMPASSO ENTRE A MICRO E A MACROPOLÍTICA NOS CUIDADOS AOS USUÁRIOS DE DROGAS NA APS

Não bastassem as dificuldades existentes na utilização de resultados de pesquisas para a formulação de políticas públicas relacionadas ao cuidado ao usuário de drogas, ainda existem outros desafios que dificultam a aplicabilidade dos estudos, pois ainda que essas pesquisas impliquem em formulações de políticas, observam-se dificuldades cotidianas nos próprios serviços que impossibilitam uma prática articulada com as políticas públicas já estabelecidas.

De maneira ampla, no que diz respeito aos cuidados aos usuários de drogas, percebe-se uma prática bastante diferente do que é preconizada pela Política de Atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, de 2004, pela Portaria que estabelece a rede de assistência e pelos estudos que investigam o assunto, visto que as políticas propõem um cuidado ancorado na abordagem de redução de danos, ofertado por meio de uma rede de assistência em saúde que também deve abranger a Atenção Primária.

Contudo, observou-se durante a pesquisa o desconhecimento dos profissionais em relação às responsabilidades na Atenção Primária à Saúde no que

se refere a problemas psicossociais, como a problemática do uso de drogas. Além disso, o discurso e a prática dos profissionais ainda estão pautados em uma abordagem tradicional que visa à abstinência e não a redução de danos.

Então, percebe-se que a Política de Atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas garante conquistas para sujeitos que possuem problemas com o uso de drogas, contudo as políticas, por si só, não garantem direitos e tampouco asseguram acesso à saúde, bem como cuidados efetivos a esta população, visto que tais direitos são construídos na experiência concreta daqueles que efetivam o que foi preconizado pelas políticas (ROMAGNOLI, 2016).

De acordo com Romagnoli (2016), a garantia de direitos à saúde ocorre na macropolítica, por meio de suas representações e modelos estabelecidos, mas também ocorre na micropolítica, com as forças e tensões sustentadas por tais conexões.

Partindo-se dessa ideia, ao considerar o usuário de drogas, percebe-se que este possui direito à saúde, garantido pela Constituição de 1988, pela Reforma sanitária e por políticas relacionadas ao cuidado ao usuário de drogas, contudo, isso não implica que este sujeito, de fato, receba atenção em saúde, de acordo com as orientações legais.

Nesse sentido, a execução das políticas que orientam como deve ser ofertado o cuidado aos usuários de drogas na Atenção Primária à Saúde é de responsabilidade dos profissionais que atuam nesses serviços, contudo um contexto caracterizado por problemas relacionados à formação dos profissionais, precarização do trabalho e crenças preconceituosas em relação aos usuários culminam por estabelecer uma grande diferença entre o que é instituído pelas políticas e pelos estudos e o que, de fato, é realizado pelas equipes.

Sobre os termos micropolítica e macropolítica, Deleuze e Guatarri discutem que ambos são distinguíveis, porém, inseparáveis, visto que para os autores, toda sociedade e indivíduos estão atravessados pelas duas segmentaridades. Nesse sentido, há uma inseparabilidade entre segmentaridade molar e molecular, ou seja, entre a macro e a micropolítica (FERREIRA NETO, 2015).

De uma maneira bem simples, Barembliitt (2000) relaciona o molar àquilo que é grande, que é evidente, que tem formas objetais ou formas discursivas, visíveis e enunciáveis. Por outro lado, o molecular equivale ao que na física se

costuma chamar de micro por oposição ao macro, ou seja, o mundo atômico ou subatômico das partículas. De acordo com esse pensamento, o macro seria, então, o universo, o cosmos, ou seja, aquilo que é composto por grandes corpos.

De acordo com Ferreira Neto (2015), a supervalorização do termo micropolítica em Deleuze e Guatarri é apenas aparente, visto que de acordo com os autores, não se deve substituir a análise macropolítica por uma micropolítica, uma vez que para análise de qualquer aspecto político é fundamental a compreensão da macro e da micropolítica.

Nesse sentido, Deleuze e Guatarri não compreendem a micro e a macropolítica como oposição, visto que estes dois processos ocorrem concomitantemente.

Na concepção de vida social como uma rede, proposta por Deleuze e Guatarri, em que os processos econômicos e políticos estão articulados, o macro pode ser relacionado à ordem, às entidades claras, aos limites precisos, é o lugar da estabilidade, da regularidade e da conservação; já o micro consiste no aleatório e no imprevisível, proporcionando mudanças (BAREMBLITT, 2000).

Para Franco (2015), a micropolítica está no cotidiano das práticas de saúde, na gestão, no cuidado em saúde, na atividade de comunidade, onde o trabalhador e o gestor de saúde estabelecem relações. Tais atividades são direcionadas pelo interesse daquele que está na atividade de trabalho. Desse modo, a prática do profissional está em conformidade com o que ele entende sobre os diferentes aspectos que envolvem a assistência à saúde.

O campo da micropolítica é bastante dinâmico, visto que os profissionais acabam por modificar suas práticas à medida que experienciam diferentes situações envolvidas no processo de cuidado, resignificando tais práticas, por isso, pode ser considerado um processo de subjetivação.

A macropolítica está relacionada a normas, regras e diretrizes, ou seja, é a própria instituição, aquilo que é instituído dentro da saúde, que atua regulando as atividades dos grupos que compõem o campo da saúde em sua atividade cotidiana (FRANCO, 2015). No presente trabalho, a macropolítica pode ser representada não apenas pelas políticas de saúde, mas abrange também o que foi instituído pelas pesquisas relacionadas ao cuidado aos usuários de drogas.

Não se trata, no entanto, de desconsiderar os saberes que são produzidos no cotidiano dos trabalhadores da atenção primária no que diz respeito

ao cuidado aos usuários de *crack*, visto que de acordo com Maturana (2006), todo modo de produção de saber é legítimo, uma vez que todos aprendem a partir da vida, bem como também produzem saber. Contudo, quando estas formas de saber contribuem para exclusão dos usuários de *crack* da assistência à saúde, cabe o questionamento de tais saberes e práticas.

A produção do cuidado é um processo que opera com altos graus de incerteza, uma vez que nos processos de adoecimento existe a singularidade (biológica, social e cultural) do usuário. Assim, os trabalhadores em saúde se deparam com situações diversas daquelas vistas em “livros”, fato que demanda diversas formas de intervenções. Além disso, a reação dos usuários às intervenções terapêuticas são variadas (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Quando se trata de usuários de *crack*, a diferença entre os casos estudados em teorias e a realidade fica ainda mais nítida, visto que o uso de drogas, por vezes, envolve vários outros problemas: sociais, de segurança, jurídicos, como por exemplo, a violência doméstica, como se percebe no relato dos profissionais que já atenderam a usuários de drogas:

Tinha um caso aqui, de uma família, a mulher estava grávida e vivia em cárcere privado, praticamente, né? O marido a mantinha, a mãe, a família começou a desconfiar, a denunciar porque ela não aparecia mais e sumiu (Profissional 5).

[...] e o outro paciente que eu tenho já é a questão da violência doméstica que a gente sabe, eu já tive contato com o filho dele. É sempre assim, o filho que vem, aí você sabe que o pai né? Você vai descobrindo aí como a criança ela já tem três anos, não verbaliza não fala né? Bem estranho, a gente suspeitou de violência (Profissional 1).

Desse modo, percebe-se que para a oferta de um cuidado integral ao usuário de *crack*, é necessário o atendimento de diferentes demandas, haja vista a situação de vulnerabilidade social que, geralmente, o acompanha. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de uma rede de apoio que ultrapasse os serviços de saúde, abrangendo também assistência social, jurídica, dentre outras.

Contudo, a escassez e fragilidade das redes de apoio configuram outro problema que dificulta a realização da oferta de um cuidado integrado e resolutivo, como se percebe no discurso abaixo:

[...] num é só um CAPS ou só a APS que vai resolver né? Não é só o posto de saúde que vai resolver, é ter esporte, é ter lazer, é ter acesso à escola né? Que tem o índice também de crianças fora da escola ainda é grande né? Nas

pesquisas, até o relato das mães falando a dificuldade de matricular seus filhos... Essa fragilidade da rede, que precisa, na minha análise acho que tudo se resume na fragilidade da rede, tentando fortalecer essa rede de que muita coisa vai melhorar.(Gestor 3).

Essa situação inviabiliza, portanto, a realização de um trabalho de acordo com o que é preconizado pela política de atenção integral ao usuário de *crack*, (2004), a qual orienta que o atendimento ao usuário de drogas deve ser realizado, preferencialmente, em meio aberto, por meio de uma rede de apoio existente na comunidade.

Diante dessa situação, os profissionais, por vezes, sensibilizam-se com as histórias enfrentadas pelas famílias que, sem nenhum tipo de apoio para enfrentar o problema, buscam a institucionalização como única forma de resolvê-lo e acabam realizando esse tipo de encaminhamento, quando conseguem obter vaga em alguma instituição, como se observa no relato do profissional, abaixo:

O filho dava muito trabalho na comunidade. O pai sofria muito com isso, aí eu me lembrei do Centro de Referência da Luciano Carneiro, tem uma pessoa que conheço e trabalha lá, liguei pra ela e disse: olha, nós temos o serviço aqui já que na Luciano Carneiro é outra área, se ele convencer o filho até aqui para encaminharmos para uma Comunidade Terapêutica (Profissional 2).

De acordo com a política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, as internações, quando necessárias, devem ser realizadas em leitos psiquiátricos em hospitais gerais, por um período limitado. Contudo, também existe resistência dos hospitais para receber esse público.

Desse modo, as institucionalizações continuam ocorrendo, haja vista que as Comunidades Terapêuticas também fazem parte dos dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a inclusão deste serviço no Plano de Enfrentamento ao *crack* foi fortemente criticada por instituições, como o Conselho Federal de Psicologia, por funcionar de acordo com a lógica manicomial, que segrega e isola o sujeito das suas relações sociais e familiares (ASSIS *et al.*, 2010).

Nesse sentido, há uma incongruência no Plano de Enfrentamento ao *crack*, de 2011, uma vez que propõe duas abordagens excludentes entre si: a redução de danos e a institucionalização.

Além das próprias políticas apresentarem orientações confusas, outro problema que dificulta a superação das práticas convencionais é a tradição dos tratamentos institucionais, uma vez que até meados dos anos 2000, as políticas sobre

drogas ainda apoiavam-se em um modelo proibicionista de combate às drogas, com orientações institucionalistas, apenas no século XXI, as políticas passaram a ser permeáveis a estratégias de redução de danos (ALVES, 2009).

Nesse sentido, ainda existe a crença de que o isolamento é a medida mais eficaz para usuários de drogas. O “isolamento do mundo exterior” é o primeiro e o mais fundamental princípio do tratamento moral ao sujeito em sofrimento psíquico, o qual parte do pressuposto de que as causas deste sofrimento estão presentes no meio social; dessa forma, é necessário o isolamento do sujeito para afastá-lo da origem dos seus problemas. Tal ideia ainda não foi superada, apesar das lutas contra esse tipo de terapêutica (AMARANTE, 2007, p. 29).

O trabalho relacionado aos cuidados aos usuários de drogas deve ser permeado pelas políticas, estudos teóricos sobre o assunto, bem como por recursos existentes na comunidade. No entanto, esse tipo de cuidado abrange um encontro entre o profissional dos serviços e o usuário, envolvendo também os aspectos subjetivos deste encontro.

Para Merhy (1994), o processo de cuidado pode ser considerado um trabalho vivo, pois consiste em um encontro entre o trabalhador e os usuários. Por outro lado, os instrumentos de trabalho e a organização do processo são considerados um trabalho morto, porém interferem no modo como o processo ocorrerá.

No momento do encontro entre profissional e usuário, os trabalhadores realizam uma negociação entre o que está na macropolítica e o que eles consideram que deve ser operado naquele momento (MERHY; FEUERWERKER, 2009). No caso dos trabalhadores que atuam no cuidado ao usuário de drogas na APS, os saberes relacionados à sua área de atuação, bem como as políticas que norteiam o cuidado na APS, podem ser considerados aspectos da macropolítica, contudo, o profissional nem sempre pauta a sua prática a partir da orientação teórica ou política.

Tal evidência não implica, necessariamente, afirmar que o profissional está equivocado, ou que não possui competência para trabalhar em equipes de saúde, visto que, muitas vezes, a precária situação dos serviços de ATP corrobora para que o profissional não siga a macropolítica. No presente estudo, dentre as situações de precarização da APS, destaca-se o fato de muitas equipes de ESF

estarem desfalcadas e sem equipe NASF. Como se percebe no seguinte relato de uma assistente social, única integrante do NASF de uma equipe de ESF:

[...] o NASF, é pra ser vários profissionais né? É uma equipe multiprofissional né? Quando eu entrei, a gente tinha né? Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta [...] só que por outras questões acabou que estou sozinha aqui, né? (Profissional 7).

Como o NASF, de acordo com a Portaria, é o serviço que deve prestar apoio matricial à equipe de ESF em casos que envolvem aspectos de natureza psicossocial, deduz-se que quando a ESF não possui essa equipe de retaguarda, o cuidado ao usuário de drogas pode ficar bastante comprometido.

Essa situação também revela outro problema que dificulta não apenas o cuidado ao usuário de drogas, mas as práticas de cuidado em sua totalidade, qual seja a precariedade de vínculos empregatícios, visto que muitos profissionais vinculam-se aos serviços de ESF por meio de empresas terceirizadas ou por seleções públicas temporárias, ocasionando a rotatividade da equipe.

A rotatividade da equipe dificulta o estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário de drogas, aspecto essencial para a identificação do comportamento de abuso de drogas, haja vista que o usuário sente-se mais confiante para abordar problemas com as drogas com profissionais com os quais ele possui certo vínculo, como se percebe no relato do seguinte profissional:

Alguns falam que usam, mas já são aquelas pessoas que eu consigo ter um certo contato, um certo, ele já tem uma certa confiança, quando eu tenho essa certa confiança, quando consigo essa confiança do usuário, aí eu consigo e a pessoa fala: olha, eu uso isso, né? (Profissional 6).

Por outro lado, os profissionais também temem abordar o assunto, visto que a fragilidade no vínculo também ocasiona receio nos profissionais que temem ser mal interpretados pelos usuários, que podem perceber o interesse no assunto, como forma de obter informações para denunciá-los à polícia, como se percebe no relato de um agente comunitário:

Quando você aborda questões sobre doenças, você é bem visto, mas quando você aborda o uso de drogas, você passa a ser mal visto, pois acham que você é uma ameaça (Profissional 16).

Outro problema que atrapalha o atendimento ao usuário de drogas é a dificuldade de obter transporte, visto que, em muitas ocasiões, são realizadas visitas domiciliares para manejar determinadas situações, como se percebe a partir do relato de uma enfermeira que, por vezes, identifica a necessidade de realizar visitas na residência de um usuário para motivá-lo a comparecer ao serviço:

Quando não temos carro, isso fica um pouco complicado, pois a gente já fez visitas a ele também na residência dele, ele se mostra sempre assim, que está tentando né? Que vai voltar, mas a gente sabe que acaba, né? Que não voltou, né? (Profissional 1).

A enfermeira também julga necessário o carro em algumas ocasiões mais emergenciais, como na seguinte situação narrada por ela: a mãe de um usuário ligou para pedir ajuda, pois não dispunha de recursos para pagar passagens. Neste caso, a estratégia encontrada pela enfermeira foi disponibilizar o seu número pessoal para essa família poder contatá-la em casos de emergência:

[...] eu falei com a mãe dele esses dias, ela tem meu telefone, acaba sendo assim, porque ela não tem como vir aqui, então, eu acabo me dispondo a perder, assim, essa privacidade. Dou meu telefone, eles me ligam fora do posto, fora do horário, pra contar alguma coisa e aí eu peço que ela faça a dose observada, né? (Profissional 1).

A sobrecarga das equipes de ESF também acaba por dificultar a oferta de um cuidado integrado, visto que uma vez sobrecarregados, os profissionais optam por priorizar o trabalho que eles entendem ser, de fato, a demanda de atenção primária, como os problemas orgânicos relacionados aos agravos referentes à diabetes, hanseníase, dentre outros, como se percebe no seguinte relato:

[...] a APS, a meu ver, retrocedeu, principalmente nessas coisas que estão acontecendo. Antes, você tinha uma preocupação de fazer visita domiciliar, de acompanhar os pacientes, hoje, principalmente essa gestão agora, tem uma história de demanda espontânea, a unidade de saúde, o profissional pra cumprir 22 horas, ele trabalha 18, ou seja, 60% na demanda espontânea. O que é demanda espontânea? É um pronto atendimento, ou seja, você chega, tá com febre, tá acompanhando um paciente hipertensivo, aí você, marque um dia pro seu médico, aí tal dia, o paciente não nos procura. Uma semana depois, ah doutor, eu não tive tempo não de procurar, então o que está acontecendo, não está havendo essa preocupação, nesses 18 anos, pelo menos da minha vivência, em relação a essa questão da droga, essa história preventiva, praticamente, se perdeu (Profissional 4).

No relato acima, é perceptível que a própria gestão orienta um trabalho que vai de encontro às políticas públicas que regulamentem a APS, como a Política Nacional de Atenção Básica, de 2006, que preconiza que a APS deve reorientar as práticas de cuidado numa perspectiva psicossocial e comunitária, desconstruindo uma prática biomédica. Contudo, ao enfatizar a emergência nesse nível de atenção, fica claro que a APS ainda mantém uma prática curativista em detrimento da prevenção e promoção da saúde.

Nesse sentido, a APS vem se afastando de uma perspectiva de cuidado ampliado, em que pesem os sujeitos em seus contextos sociais/familiares; abordagens ampliadas e holísticas; diferentes saberes e práticas; busca do empoderamento dos usuários, como se observa no relato da técnica de articulação:

Principalmente de Atenção Primária, na minha avaliação que eu faço, que ela mudou um pouco do papel dela de Atenção Primária, hoje ela vem mais nesse pronto atendimento..., mas, realmente, tá passando por esse momento difícil da Atenção Primária de se reconhecer mesmo no papel dela né? Que ela se saiu um pouco desse papel (Gestor 3).

Nesse sentido, aparentemente, as atividades que não se encaixam no modelo biomédico e curativista são vistas como menos importantes e realizadas apenas quando há disponibilidade da equipe, situação difícil de ocorrer em um contexto de emergência.

Assim, os agentes comunitários de saúde parecem desorientados sobre a sua atuação, haja vista que seu trabalho, geralmente, relacionado a questões psicossociais, territoriais e familiares perde o sentido em um contexto direcionado para práticas curativistas, como se percebe no relato da técnica de articulação da CPdrogas:

[...] a gente fez uma sondagem com os agentes comunitários de saúde, e eles falaram essa dificuldade que eles tão tendo agora de não, de ficarem meio, relato deles, de ficarem meio de braços cruzados, como a questão familiar então o agente de saúde ia lá, isso foi uma dificuldade de avaliação do funcionamento da rede, foi uma dificuldade levantada (Gestor 3).

Essa forma de orientar o trabalho também contribui para que o profissional não perceba que os agravos psicossociais também fazem parte de sua demanda, assim os profissionais compreendem que o seu trabalho está relacionado apenas aos agravos físicos. No caso dos usuários de *crack*, frequentemente, os

trabalhadores acreditam que suas práticas consistem no atendimento de problemas orgânicos decorrentes do abuso de drogas.

Nesse contexto, os profissionais, apesar de reconhecerem que o abuso de *crack* é um problema frequente na comunidade onde atuam, limitam-se a buscar amenizar os problemas orgânicos decorrentes de uso abusivo de drogas, em vez de pensar em estratégias que envolvam a singularidade do usuário ou buscar alternativas que abordem a coletividade e que contribuam para a ressignificação deste uso.

### **5.6.1 A formação e o descompasso entre micro e macropolítica**

Outro problema que ocorre na APS e que contribui para diferenças entre micro e macropolítica diz respeito à própria formação dos profissionais que trabalham na área, visto que muitos sequer conhecem as políticas que deveriam orientar o seu trabalho. Desse modo, os profissionais, aparentemente, aprendem a realizar o trabalho no cotidiano, seguindo os protocolos de cuidado que são realizados no serviço.

De acordo com Luis *et al.* (2004), a formação do profissional de saúde ainda é voltada para práticas de reabilitação e ainda é muito precária no que se refere à temática de uso abusivo de substâncias. Apesar do Ministério da Saúde eleger o uso problemático de álcool e outras drogas como um dos dez maiores problemas de saúde a serem priorizados pelo Programa de Saúde da Família, em 2004.

A Portaria GM/MS nº. 816, de 30 de abril de 2002, já destacava a necessidade de ampliar a oferta de atendimento a usuários de álcool e drogas na rede SUS, com objetivo de aperfeiçoar e adequar a assistência oferecida pelo SUS a pessoas com problemas com substâncias psicoativas. Para isso, foi prevista a promoção, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de APS.

As dificuldades na formação dos profissionais na APS podem ser observadas no relato de uma profissional do NASF:

[...] dentro da própria equipe, a gente não tem profissionais capacitados, até porque o serviço ele visa a outro tipo de agravo, né? O serviço que lida com esse problema é o CAPS ad, nós não temos assim, psicólogos e psiquiatras no serviço [...] a gente não tem capacitação para atender (Profissional 5).

A CPdrogas, por meio do núcleo de formação, é responsável pela educação permanente dos profissionais que atuam com usuários de drogas, numa tentativa de articular ensino, pesquisa e comunidade. O núcleo trabalha com a organização e sistematização dos cursos de capacitação, desempenhando um papel de gestão administrativa, a mesma função da gestão do SUS.

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009), as instituições executoras dos processos de formação dos profissionais de nível técnico que atuam no SUS devem ser, preferencialmente, Escolas Técnicas do SUS/Centro formadores, Escolas de Saúde Pública (vinculadas à gestão estadual e municipal) e Escolas de Formação Técnicas Públicas. Outras instituições também podem realizar o trabalho de formação, desde que legalmente reconhecidas e habilitadas para a formação em nível técnico. Além disso, também podem realizar a formação equipes do Estado/Município, em parceria com as Escolas Técnicas do SUS. As Escolas Técnicas deverão acompanhar e avaliar todo o processo de formação.

O processo de trabalho está relacionado aos três eixos do programa *crack* é possível vencer, por meio de uma metodologia de educação permanente, educação popular, biocêntrica, buscando uma aproximação com a prática cotidiana do trabalhador. Desse modo, as formações são realizadas, geralmente, nos próprios serviços que demandam os cursos de formação, pois o objetivo é oferecer uma formação, de fato, compatível com a realidade do profissional.

O núcleo também trabalha com um projeto conhecido como “caravana tamojunto a favor da vida” que consiste na oferta de intervenções como oficinas, projetos de vida, atividades culturais e rodas de conversas, buscando focar no objetivo de quem demanda essas atividades. Nesse sentido, não apenas os serviços de saúde, mas diferentes instituições, como escolas, podem solicitar, por meio de um ofício, alguma ação voltada para a temática do abuso de drogas.

Outra função do núcleo de formação está relacionada à formação de profissionais que atuam na rede assistencial de usuários de *crack*. Este trabalho é realizado, de acordo com uma integrante do núcleo, por meio de uma parceria com o

CRR, (Centro de Referência de Formação de profissionais da rede assistencial de usuários de *crack*) recurso que compõe o edital do Ministério da Justiça, para constituir os cursos de formação relacionados ao usuário de *crack*.

O edital dos cursos ofertados pelo CRR da escola de saúde pública foi realizado em parceria com a CPdrogas e abrangeu a área do Vicente Pinzon, bairro da cidade de Fortaleza. Dentre os profissionais contemplados com esses cursos, estavam os ACS, visto que foi realizado um curso para este público. De acordo com a integrante deste núcleo, os conteúdos dos cursos ofertados aos ACS's foram pensados a partir das necessidades da realidade territorial do Vicente Pinzon.

Ainda existem os cursos que são ofertados pelas universidades, por meio de parcerias com a Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (SENAD), que viabilizaram a construção dos Centros de Referências em formação de profissionais que atuam na assistência a usuários de *crack* (CRR's) nas universidades.

Sobre as formações oferecidas pelas universidades, a profissional do núcleo de formação, com base em uma avaliação realizada pelos profissionais da APS, compreende que os conteúdos estão distantes das reais necessidades dos trabalhadores, uma vez que abrangem conteúdos mais teóricos, como se percebe no seguinte relato:

Então, quando é feito com a universidade acaba ficando distante da ponta né? Da realidade deles, né? Então, a gente tenta fazer, busca outras metodologias, formativas de pesquisa que ficassem mais próximo da realidade dessas pessoas, e tem sido muito positivo, tanto que, às vezes, têm cursos que são nos demandados que tá dentro da grade curricular do CRR, e os profissionais não querem, querem que a gente mesmo vá lá fazer uma roda, com a equipe dele do Cras do Creas na APS, principalmente na APS, né? A gente fez uma avaliação, agora, dos caminhos do cuidado com os agentes de saúde, que é da Fiocruz, eles adoraram o conteúdo formativo, mas eles não conseguem executar o que eles aprenderam, por isso que agora o novo projeto do CRR, que a gente tá tentando articular com a Escola de Saúde Pública, ele tem muita carga horária no território (Gestor 4).

Desse modo, de acordo com a CPdrogas, vários cursos de formação foram ofertados para os profissionais da APS, tal situação contradiz o relato dos profissionais sobre o déficit de formação, no que diz respeito ao cuidado ao usuário de drogas nos serviços de APS.

Contudo, é notável que o núcleo de formação da CPdrogas, composto por cinco profissionais, não alcança a maioria dos serviços de APS da cidade de

Fortaleza, nesse sentido, muitos profissionais não conseguem participar das capacitações.

Além disso, o problema da precariedade dos vínculos empregatícios que ocasionam a rotatividade dos profissionais também prejudica as formações, visto que as equipes que são capacitadas logo se desvinculam dos serviços, tornando-se necessárias novas formações com as equipes que ingressam no trabalho. Tal situação aumenta consideravelmente a demanda do núcleo de formação.

Deve-se refletir também sobre a qualidade desses cursos, visto que de acordo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), de 2009, parte do conceito de Educação Permanente em Saúde que supõe a aprendizagem no trabalho, assim os processos de ensino e aprendizagem devem ser incorporados no cotidiano do trabalho, com a possibilidade de transformar as práticas profissionais, portanto, devem ocorrer no cotidiano das pessoas e das organizações.

A Educação Permanente no Brasil foi instituída pela Portaria GM/MS nº.198, de 13 de fevereiro de 2004, sendo alterada pela Portaria GM/MS nº. 1996, de 20 de agosto de 2007, e apresenta um novo cenário para as formações em saúde, que envolvem a metodologia da problematização, as quais devem ser realizadas por uma equipe com profissionais de diversas áreas de atuação, a ênfase recai em situações-problema das práticas cotidianas, uma vez que possibilitam reflexões críticas e busca de soluções estratégicas em coletivo, nesse sentido, a Pneps está inserida no desenvolvimento e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (STROSCHEIN; KARINA; ZOCHE, 2011).

Contudo, ainda se percebe, de acordo com a integrante no núcleo de formação da CPdrogas, uma capacitação mais voltada para a formação continuada, que consiste apenas na atualização de conteúdos, e não implicam em mudanças na prática.

Por outro lado, a Educação Permanente não deve se limitar apenas à transmissão de conhecimento, uma vez que deve partir das condições contextuais, organizacionais, em um processo que alcance todos os atores envolvidos no trabalho, para construir o conhecimento coletivamente (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, pode-se realizar uma distinção entre a aquisição de conhecimento, obtida em processos de formação continuada, e a aprendizagem, que pode ser obtida pelo processo de educação permanente.

A aquisição do conhecimento está mais relacionada à atualização em determinado conteúdo e não implica em mudanças na prática. Já o processo de aprendizagem é considerado mais amplo, pois implica sempre na mudança de comportamento, bem como na compreensão integral de um processo, uma vez que o procedimento aprendido passa a fazer sentido para o sujeito (ALVES, 2006).

A Educação Permanente torna-se, então, um importante recurso nas práticas de saúde, uma vez que os aspectos institucionais e organizacionais acabam por delinear o trabalho no cotidiano, visto que os profissionais ingressam no serviço e reproduzem um trabalho que parece não fazer sentido, uma vez que os trabalhadores passam a realizar aquilo que já é rotina de cada organização, não questionando o que lhes é imposto e, tampouco, buscando outras formas de conhecer o seu trabalho, como se observa no discurso de uma enfermeira da APS: “Eu aprendo no dia a dia, com os colegas, geralmente, não busco artigos sobre o assunto” (Profissional 2).

### **5.6.2 Aspectos institucionais na APS**

O desconhecimento das condições históricas e contextuais que viabilizaram o processo de trabalho torna difícil a produção do sentido para os trabalhadores, pois de acordo com Lapassade “o sentido das organizações e dos grupos é sempre externo a eles, está na história, no modo de produção e na formação social em que esta organização é constituída” (p. 67).

Porém, Baremlitt (1996) pontua que não é apenas a desinformação dos trabalhadores que leva a um trabalho alienante, caracterizado pelo desconhecimento das reais condições em que está trabalhando, por vezes a divisão técnica e social do trabalho relacionada à própria estrutura e funções das organizações contribui para um trabalho alienado no não saber. Nesse sentido, é comum a existência de um doutrinamento ativo por parte das classes dominantes que uma vez proprietárias do poder também são proprietárias do saber, impedindo que uma real compreensão sobre o contexto de trabalho venha à tona.

Lapassade diferencia instituição de organização. A instituição compreende o conjunto do que está instituído enquanto jurisdição e política, pautando toda e qualquer relação. É, portanto, algo não localizável, pois media todas as relações, até mesmo as menos significativas. Já a organização seria uma forma singular de

instituição e está relacionada ao equipamento, condições materiais, espaço físico do estabelecimento e organograma (GUIRADO, 1987).

Seguindo as ideias de Lapassade (1977), a instituição abrangeria as políticas e teorias que orientam como deve ser o cuidado à saúde da família em nível primário de atenção. As organizações seriam os postos de saúde e equipes de estratégias de saúde das famílias, seria, portanto, o dispositivo material no qual esse cuidado ocorre, funcionando como forma de particularizar e instrumentar a instituição.

Nesse sentido, percebe-se que cada serviço possui formas particulares de exercer o cuidado ao usuário de drogas, algumas possuem trabalhos voltados para este público e outras nem consideram que o problema é uma demanda da atenção primária. A ESF indígena destacou-se como o serviço que mais abrangeu atividades e ações para usuários de drogas, envolvendo até mesmo um trabalho de redução de danos, como se observa no seguinte relato:

[...] eu sou mais a técnica referente de saúde mental que está dando suporte, a questão de saúde mental é levantamento de medicação psicotrópica, né? Que é o monitoramento que a gente faz com a população indígena, a questão de grupos de tabagismo, a gente tem a questão de prevenção ao uso de drogas, né? E também a questão das pessoas que fazem uso de álcool, né? De indígena que faz uso de álcool já devido toda a sua cultura, já e até a sua especificidade, né? Que a gente tem um número bem significativo de indígena que faz uso, né? De álcool... A gente tenta ouvir para saber, realmente, se aquela pessoa quer tratamento, né? E aí senão a gente tenta trabalhar com a redução de danos ou encaminha para CAPS, né? E também sempre tenta dar assistência à família porque a gente trabalha muito essa questão da inclusão, né? Dessa pessoa na família até por conta do estigma da sociedade, até a própria família também acaba não aceitando as condições de saúde daquele indígena (Profissional 7).

De acordo com Lapassade, a existência de diferença entre macro e micropolítica é positiva, uma vez que significa um movimento de criação que ocorre na realização de um trabalho e impede que este seja alienado. Por outro lado, quando envolve o desconhecimento das questões sócio históricas sobre o contexto de trabalho, pode ser alienante e sem sentido, pois, geralmente, está relacionada ao desconhecimento do funcionamento da sociedade (LAPASSADE, 1977).

Entretanto, observou-se que os profissionais que atuam na APS, muitas vezes, desconhecem o macro e parecem aprender o trabalho no cotidiano do serviço, com a experiência dos outros profissionais. Aparentemente, o conhecimento desses trabalhadores é organizacional e não institucional, pois está restrito ao

funcionamento da organização, configurando um trabalho sem sentido, pois se restringe ao seguimento de protocolos sem o conhecimento das políticas e das teorias que embasam o trabalho, bem como de seus antecedentes históricos.

No entanto, para um trabalho mais rico de sentido, não basta que os profissionais simplesmente busquem mais informações sobre o assunto, uma vez que os saberes construídos sobre a atenção ao usuário de *crack*, por vezes são estabelecidos por sujeitos que nunca estiveram trabalhando nos serviços, caso de muitos pesquisadores que constroem saberes sobre o assunto. Desse modo, o profissional também necessita ser ativo no processo de produção do conhecimento.

Baremlitt (1996) ressalta que desde a emergência do saber científico, o conhecimento que os sujeitos possuem sobre a sua própria vida e seu funcionamento passou a ser insuficiente e ficou em segundo plano. Assim sendo, o gerenciamento da própria vida fica delegado aos especialistas em diversos assuntos e serviços, que acabam por criar as necessidades dos sujeitos. Assim, a coletividade tem perdido o saber acerca de sua própria vida, de suas reais necessidades, de seus desejos, de suas demandas e de suas limitações.

No presente estudo, o pesquisador pode ser visto como um *expert* que, detentor do saber científico, constrói determinados saberes relacionados à atenção ao usuário de drogas. No entanto, frequentemente, os *experts* conhecem e decidem segundo interesses das classes, níveis hierárquicos e grupos dominantes aos quais pertencem parcialmente. Nesse contexto, os trabalhadores dos serviços permanecem distantes do processo de construção de saberes (BAREMBLITT, 1996).

Portanto, a tentativa de superar a distância e hierarquia entre academia e prática também envolve a mudança de atitude do pesquisador, que deve analisar as situações em saúde em conjunto com todos os atores envolvidos diretamente com a atenção ao usuário de drogas, numa posição de horizontalidade. Desse modo, o pesquisador deve sair da posição de detentor de saber, para que possa chegar a uma compreensão acerca dos problemas, das condições de vida, demandas e recursos necessários.

Bremblitt (1996) ressalta que o *expert* deve submeter seus saberes, métodos e técnicas a uma profunda crítica, para distinguir aquilo que é produto de sua relação com o bloco dominante das forças sociais e o que pode ser útil para que os segmentos dominados sejam protagonistas.

Diante do exposto, assim como os trabalhadores precisam buscar mais informações sobre o contexto em que o seu trabalho ocorre, os pesquisadores necessitam envolver trabalhadores e usuários de saúde no processo de construção de conhecimento.

### **5.6.3 O instituinte x o instituído: dificuldades de superação do modelo asilar**

As dificuldades para uma atenção integral aos usuários de drogas, tais como sobrecarga de trabalho das equipes, necessidades de formação dos trabalhadores, rotatividade de funcionários, precarização do trabalho e escassez de recursos disponíveis ainda estão relacionadas à dificuldade de superação do modelo asilar de atenção e aos desafios para efetivação da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, no contexto da atenção ao usuário de drogas, observam-se conflitos entre o instituído e o instituinte.

Nesse sentido, por mais que tenham ocorrido modificações em busca de um modelo psicossocial, impulsionado por movimentos sociais e pela modificação de documentos e leis, o modelo asilar ainda permanece no cotidiano dos serviços de saúde e pode ser observado nas práticas dos trabalhadores, uma vez que tal modelo de atenção foi instituído durante um longo período.

Para Costa Rosa (2000), o modelo psicossocial ainda não pode ser considerado um modelo instituído, haja vista que este novo modelo, ainda que objeto de estudos e leis recentes, enfrenta muitas resistências para poder ser exercido pelos trabalhadores, portanto é considerado instituinte. Além disso, o modo psicossocial representa o novo, pois propõe o rompimento com um modelo cuja centralidade é a institucionalização.

Essa forma de pensar o instituído e o instituinte está de acordo com as ideias de Barembritt (2000). Para o autor, as instituições são entidades abstratas e não necessariamente devem estar registradas em escritos, uma vez que podem estar conservadas em tradições e, geralmente, estão a serviço da exploração e dominação. O instituinte, por sua vez, é transformador e está relacionado à atividade revolucionária e criativa, buscando superar as formas de exploração, tende, portanto a utopia.

Nesse sentido, o modo psicossocial para ser, de fato, um modo de oferta de saúde alternativo ao modelo asilar, deve não apenas ser diferente, uma vez que

serviços ditos comunitários podem continuar reproduzindo modelos asilares em sua prática, nesse sentido, um modelo alternativo ao asilar, exige a superação das suas características basilares (COSTA ROSA, 2000).

Ao considerar os serviços de APS como integrantes da rede psicossocial, não significa que a oferta do serviço de saúde esteja relacionada ao modo psicossocial, uma vez que no presente estudo foi observado um trabalho ainda bastante semelhante ao modelo asilar, haja vista que as crenças dos profissionais, bem como suas práticas, ainda estavam vinculadas à abstinência e focadas nos agravos orgânicos.

Amarante discute que o modelo asilar e o modelo psicossocial possuem paradigmas que se diferenciam em quatro âmbitos: quanto ao objeto e os meios de trabalho, que dizem respeito às concepções de saúde-doença-cura, bem como aos instrumentos e seu manuseio; formas de organização do dispositivo institucional, formas como se dão as relações interinstitucionais, a dimensão organogramática; formas de relacionamento com a clientela, que designam as diferentes possibilidades de mútuo intercâmbio; formas de seus efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos, que designam os fins políticos e socioculturais (COSTA ROSA, 2000).

A partir do que foi discutido no tópico acima, observa-se que as práticas que envolvem o cuidado ao usuário de drogas estão mais vinculadas ao paradigma relacionado ao modelo asilar. No que se refere ao primeiro âmbito, o olhar se volta para as determinações orgânicas do uso de drogas, bem como uma terapêutica centrada em medicação. Além disso, o sujeito ainda continua sendo visto como um doente.

O fato da configuração da equipe ser multiprofissional não implica a integralidade, uma vez que ainda observa-se um trabalho fragmentado, não ultrapassando o modelo da divisão de trabalho, como se observa no relato da seguinte profissional: “essa parte não sei te explicar muito bem, pois é o trabalho do psicólogo” (Profissional 3, ESF).

Sobre o segundo âmbito, percebeu-se que o poder institucional tem apenas um sentido, que poucos determinam e a maioria obedece. Assim, o poder fica bastante concentrado na equipe dirigente, permanecendo a institucionalização das relações verticais entre trabalhadores da instituição e da instituição com os usuários.

No terceiro âmbito, a relação da instituição com a clientela, percebeu-se que há pouca participação dos usuários no que se refere ao próprio processo terapêutico, tal situação pôde ser evidenciada pelo fato dos trabalhadores não se referirem, em nenhum momento, ao projeto terapêutico individual, o qual seria um recurso importante para a inserção do usuário na terapêutica proposta. Aparentemente, a construção do projeto terapêutico ainda está voltada para a prescrição de medicamentos e comportamentos com o objetivo de abstinência, opção escolhida, geralmente, pelos profissionais, como único caminho para a “cura”.

O projeto terapêutico singular individual (PTI), de acordo com Yasui (2006), é particular, pois se refere a uma determinada subjetividade; no entanto, não deve ser o contrário, uma vez que deve se articular, na multiplicidade de suas ações, a outros projetos, haja vista que é uma proposta de um conjunto de ações pactuadas entre diferentes atores, envolvendo, portanto, o usuário, seu familiar, integrantes da equipe profissional, dentre outros, dependendo das necessidades do sujeito.

Nesse sentido, a busca da “cura” por meio da abstinência pode estar relacionada ao quarto âmbito, uma vez que o objetivo consiste apenas na supressão dos sintomas.

Por outro lado, para uma abordagem psicossocial, no exercício da oferta de cuidados em saúde deve estar incluída a perspectiva da singularização, da horizontalidade das relações de trabalho e das relações entre instituição e usuários e a interlocução da implicação subjetiva e sociocultural (COSTA ROSA, 2000).

Diante do exposto, a instituição do modelo psicossocial ainda é um desafio, pois serviços ambulatoriais existentes na comunidade ainda podem funcionar de acordo com as diretrizes asilares.

## 5.7 A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A ATENÇÃO AO USUÁRIO DE CRACK NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANALISANDO A MACROPOLÍTICA

As buscas foram realizadas nas seguintes fontes Scientific Electronic Library Online (SciELO), na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A Scielo é uma base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe, em Ciências da Saúde, cooperativas do Sistema BIREME, que compreende a literatura relativa às Ciências da Saúde, publicada nos países da região a partir de

1982. Indexa artigos de cerca de 1300 revistas, teses capítulos de teses, livros, capítulos de livros anais de congressos e conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

O Portal Regional da BVS é o espaço de integração de fontes de informações em saúde que promove a democratização e ampliação do acesso à informação científica e técnica em saúde na América Latina e Caribe (AL&C). É desenvolvido e operado pelo BIREME em três idiomas (inglês, português e espanhol).

Os critérios estabelecidos como definidores da busca e seleções dos estudos foram os seguintes: estudos que abordassem o tema assistência aos usuários de substâncias psicoativas na Atenção Primária à Saúde; publicações realizadas nos últimos dez anos.

Como critérios de exclusão foram utilizados os seguintes aspectos: capítulos de livros, anais e editoriais; artigos pagos para acessar.

### 5.7.1 Estratégias de busca nas bases de dados

Para a contemplação da temática em estudo foram utilizadas diferentes estratégias de busca nas duas bases de dados, utilizando os seguintes descritores “atenção primária à saúde”, “cuidados”, “assistência”, “drogas”. As estratégias de busca no SciELO estão ilustradas no quadro 1, e as estratégias utilizadas na BVS podem ser observadas no quadro 4.

**Quadro 13 – Estratégias de busca utilizadas na base de dados SciELO**

<b>Estratégias de busca</b>	<b>Descritores</b>	<b>Estudos encontrados</b>
Passo 1	Atenção primária à saúde, cuidado, usuários drogas.	2
Passo 2	Atenção primária à saúde, usuário, drogas.	3
Passo 3	Atenção primária à saúde, drogas.	31

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 14 – Estratégia de busca utilizada na BVS**

<b>Estratégia de busca</b>	<b>Descritores utilizados</b>	<b>Estudos encontrados</b>
Passo1	Atenção primária à saúde, assistência, usuários, drogas;	40

Fonte: Elaborado pela autora.

No que se refere à base de dados SciELO, percebeu-se que o passo 3 foi a melhor estratégia, uma vez que apresentou resultado com maior quantidade de trabalhos. Dessa forma, foi adotado o passo 3 para a seleção dos estudos a serem incluídos neste trabalho.

Na BVS, optou-se por utilizar estratégia de busca diferente das utilizadas no SciELO, uma vez que apresentavam resultados com número muito alto de trabalhos (mais de mil), dificultando a leitura; desse modo, a estratégia com os seguintes descritores “atenção primária à saúde”, “assistência”, “usuários”, “drogas” mostrou-se satisfatória para a realização do presente trabalho.

Após a realização das estratégias de busca, foi efetivada a leitura de todos os títulos das publicações encontradas e excluídos aqueles que não faziam referência à temática proposta, já que tratavam de atenção primária, mas sem focar a assistência ao usuário de drogas, outros foram excluídos por serem repetidos.

Desse modo, na base de dados SciELO foram encontrados 31 artigos, e na BVS mais 40. Ao todo, 44 estudos foram excluídos por não se referirem à temática em estudo, ou por serem pagos para acessar. Portanto, 17 estudos foram analisados.

### Quadro 15 – Seleção e avaliação dos estudos

(continua)

<b>Código de estudo</b>	<b>Primeiro autor</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Objetivos</b>
E1	Alyne Montenegro Engstrom	Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável.	2016*	Discutir as práticas de uma equipe Consultório na Rua (eCnaR) para PSR e usuários de álcool, <i>crack</i> e outras drogas.
E2	Milena Lima de Paula	Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde.	2014*	Analisar a assistência a usuários de drogas na Atenção Primária à Saúde, a partir dos discursos de profissionais da ESF.

(continuação)

<b>Código de estudo</b>	<b>Primeiro autor</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Objetivos</b>
E3	Tamires Jordão Laport	Percepções e Práticas dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde na Abordagem sobre Drogas.	2016*	Analisar as percepções dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) em relação às práticas de prevenção e à abordagem ao usuário de álcool e outras drogas.
E4	Heloísa da Veiga Coelho	Práticas na Atenção Básica voltadas para o consumo prejudicial de drogas.	2014*	Analisar as práticas de atenção básica ao consumo prejudicial à saúde.
E5	Luciana Cordeiro	<b>Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde.</b>	2015*	Descrever e analisar o trabalho de agentes comunitários de saúde (ACS), voltado para o desenvolvimento de práticas de atenção primária em saúde, relativas ao consumo prejudicial de drogas.
E6	Pedro Henrique Antunes da Costa	Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana.	2013*	Desenvolver uma metodologia para implementação de práticas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas no âmbito da atenção primária à saúde (APS).
E7	Isabela Saraiva de Queiroz	Repertórios interpretativos de profissionais da rede de saúde mental e atenção primária de Belo Horizonte sobre uso de drogas.	2014*	Realizar levantamento das concepções sobre drogas de profissionais da rede de saúde mental e da atenção primária de Belo Horizonte.

(continuação)

<b>Código de estudo</b>	<b>Primeiro autor</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Objetivos</b>
E8	<b>Isabel Cristina Weiss de Souza</b>	<b>Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação.</b>	2012	Analisar práticas de prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas adotadas por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) capacitados nas modalidades presencial e à distância e por enfermeiros não capacitados.
E9	<b>Danielle Satie Kassada</b>	<b>Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes.</b>	2013*	Determinar a prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes.
E10	<b>Danielle Satie Kassada</b>	<b>Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas.</b>	2014*	Identificar percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas de abuso.
E11	Marcela Pimenta Muniz	Ampliando a rede: quando o usuário de drogas acessa a atenção psicossocial pela atenção básica.	2015*	Desvelar as especificidades do acesso do usuário de drogas à Atenção Psicossocial pela Atenção Básica.
E12	Celso Luís de Moraes	Acolhimento de usuários de álcool por profissionais de enfermagem em equipes de Saúde da Família do município de Campinas (dissertação).	2013*	Conhecer a prática dos profissionais de enfermagem de equipes de Saúde da Família no acolhimento a pessoas com queixas relacionadas ao uso problemático de álcool.
E13	<b>Luccas Melo de Souza</b>	<b>Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família.</b>	2012*	Identificar como enfermeiros atuantes na Saúde da Família abordam a temática do álcool e de outras drogas.

(conclusão)

<b>Código de estudo</b>	<b>Primeiro autor</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Objetivos</b>
E16	Adnildo Barbosa da Silva	A assistência do enfermeiro da atenção básica ao adolescente com dependência química.	2014*	Descrever ações assistencialistas desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção básica diante da dependência química.
E17	<b>Marcelle Aparecida de Barros</b>	<b>Programa Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas.</b>	2016*	Discutir as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde do Programa Saúde da Família frente aos pacientes usuários de drogas.
E14	Ludmila Eleonora Gomes Ramalho	As diretrizes estaduais no Atendimento ao Dependente Químico pela Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais.	2011*	Analisar as diretrizes assistenciais ao dependente químico, focalizando os serviços preconizados para a Atenção Primária à Saúde, no estado de Minas Gerais.
E15	<b>Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock</b>	<b>Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa.</b>	2010*	Investigar o papel destes enfermeiros na abordagem aos dependentes de drogas, analisando estratégias de cuidados básicos de enfermagem aplicados a estes usuários.

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação ao período de publicação dos estudos, foram identificados dois trabalhos de 2016, dois trabalhos de 2015, cinco trabalhos de 2014, quatro de 2013, dois de 2012, um de 2011, um de 2010 e um de 2006. Tal fato demonstra que a temática sobre a assistência ao usuário de drogas na Atenção Primária está sendo amplamente discutida atualmente.

Ao considerar o recorte de tempo de dez anos, observa-se que a produção científica se intensifica a partir 2010, sendo apenas um estudo anterior a esse período. Compreende-se, então, que as discussões sobre o tema são atuais e, talvez, por este motivo ainda não tenham influenciado as práticas relacionadas à temática.

Em relação aos locais onde as pesquisas foram realizadas, dentre os estudos de campo, a maioria concentra-se na região sul e sudeste, com poucos estudos no nordeste, sendo apenas um no estado do Ceará e um estudo de revisão de literatura.

**Quadro 16 – Local de desenvolvimento do estudo**

<b>Local de desenvolvimento do estudo</b>	<b>N</b>
Minas Gerais	4
Ceará	1
Paraíba	1
São Paulo	4
Rio de Janeiro	3
Paraná	3

Fonte: Elaborado pela autora

### **5.7.2 Assistência ao usuário de drogas na APS, acesso e acolhimento**

A política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas propõe a construção de uma rede de atenção aos usuários, por meio de uma abordagem comunitária, regida pelos princípios do SUS e por lógica transversalizada. Nessa perspectiva, a política reconhece a centralidade da APS na construção de uma rede de atenção aos usuários de drogas.

No entanto, ao considerar o aspecto político, algumas orientações no que se refere ao usuário de substâncias psicoativas ainda não são claras, necessitando de mais especificidade para serem, mais facilmente, seguidas pelos trabalhadores, foi o que revelou o estudo Ramalho (2015), que objetivou analisar as diretrizes assistenciais ao usuário, partiu da análise das linhas-guias de Atenção Primária à Saúde, formuladas pela Secretaria do Estado de Minas Gerais, em uma iniciativa inserida no projeto estruturador Saúde em Casa.

Os autores identificaram que não existe uma linha-guia específica orientada para o abuso de álcool e outras drogas, contudo, das onze linhas direcionadas às patologias relevantes e ciclos de vida, apenas duas não fazem referência ao tema, dentre as linhas que mais abordaram a temática, destacam-se a Saúde Mental e Saúde do Adolescente.

As linhas destacaram a importância de ações de promoção à saúde, prevenção, detecção precoce e tratamento dos agravos. Em casos mais graves, a orientação é referenciar para serviços secundários, contudo o elo não deve ser interrompido, uma vez que as linhas destacam que deve haver a continuidade do cuidado em casos de encaminhamentos (RAMALHO, 2015).

O estudo ressalta a importância da construção de uma linha-guia específica para o assunto, uma vez que possibilita a consolidação das informações, ocasionando uma visão mais sistêmica sobre a problemática (RAMALHO, 2015). A sugestão dos autores está de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), no que se refere à necessidade de disponibilizar tratamento de transtornos mentais em nível primário de saúde, uma vez que, segundo a organização, essa estratégia pode aumentar o acesso, a amplitude e a otimização dos gastos em assistência.

Ademais, o abuso de drogas não deve ser visto apenas como agravante e risco para outras patologias, pois essa concepção remete a um modelo biomédico e desconsidera os aspectos psicossociais envolvidos na questão. Assim, numa abordagem psicossocial, o abuso de drogas deve ser compreendido em suas várias dimensões, e o usuário visto como um sujeito integrado cujo comportamento de uso de drogas poderá repercutir em vários âmbitos de sua vida, inclusive nos processos de adoecimento.

Desse modo, não se trata de desconsiderar as relações entre abuso de drogas e patologias, mas de compreender suas correlações de uma forma mais ampla.

No que se refere às práticas voltadas aos usuários de substâncias psicoativas na APS, Sousa Melo e Pinto (2012); Paula *et al.* (2015), Rosenstock e Neves (2010), Silva e Fracolli (2014), Barros e Pillon (2006), com base na política do ministério da saúde relacionada à assistência ao usuário de drogas, ressaltam que as equipes de ESF devem atender aos usuários de drogas e seus familiares na perspectiva do cuidado integral, devendo, portanto, ofertar ações de identificação, prevenção, promoção de saúde, tratamentos relacionados a intervenções breves, tendo como base a estratégia de redução de danos, bem como encaminhamentos a serviços especializados, todavia mantendo a continuidade do cuidado.

Os autores revelam que existem muitas dificuldades na APS que impedem que a prática dos profissionais em relação aos cuidados aos usuários de

drogas esteja de acordo com a Política de Atenção Integral aos usuários, haja vista que em vez de uma abordagem integrada de cunho psicossocial e comunitário, observam-se, principalmente, práticas voltadas para agravos orgânicos.

Tais práticas estão associadas à falta de capacitação dos profissionais sobre o assunto e ao receio que muitos sentem diante de um usuário de drogas. Nesse sentido, a assistência ao usuário de drogas na APS, por vezes, reduz-se a aconselhamentos e encaminhamentos a serviços especializados, atividades realizadas, principalmente, pelos agentes comunitários de saúde com a ajuda dos familiares dos usuários.

Os autores ressaltam a importância de capacitações voltadas aos profissionais da APS, para que haja, de fato, uma atenção integrada a esse usuário que deve ser acolhido em suas várias dimensões, sociais, orgânicas, subjetivas dentre outras, subsidiada por uma abordagem comunitária.

Contudo, ao considerar o agente comunitário o trabalhador que mais realiza atividades associadas aos cuidados aos usuários de drogas, deduz-se que a assistência a sujeitos que abusam de drogas na APS ainda possui muitas fragilidades, haja vista que Cordeiro e Soares (2015) afirmam que os agentes de saúde além de estarem em condições bastante precárias de trabalho, também são considerados os trabalhadores com menos saber dentro da hierarquia dos serviços de saúde, uma vez que estes não foram formados em universidades atravessadas pelo saber clínico, permanecendo distantes das discussões ancoradas na clínica, desse modo, até mesmo em virtude da territorialidade, os ACS acabam escutando mais as demandas sociais.

Dessa forma, sem supervisão adequada e sem receberem a devida atenção durante as reuniões com as equipes de saúde, os ACS não conseguem realizar um trabalho resolutivo no que se refere ao abuso de drogas (CORDEIRO; SOARES, 2015).

Sobre trabalho de prevenção ao abuso de álcool e drogas na atenção primária à saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (2012) propõe a atenção à saúde numa perspectiva integral, abrangendo também ações de promoção e prevenção de caráter psicossocial, de cunho comunitário. Nesse sentido Costa *et al.* (2013) e Lapost (2016) destacam a efetividade do SBIRT (*Screening, Brief Intervention, And Referral To Treatment*), intervenção que abrange a triagem,

intervenções breves e encaminhamentos para tratamento, bem como o uso de instrumentos como o ASSIST.

Costa *et al.* (2013) destacaram que as dificuldades para a realização de intervenções preventivas estavam relacionadas à hegemonia de um modelo biomédico pautado na perspectiva curativista e reducionista. Essas práticas são embasadas numa compreensão de abuso de drogas associado à doença e desvio moral, na qual os usuários e seus familiares são culpabilizados e considerados os únicos responsáveis pela realização ou fracasso de um tratamento, desconsiderando aspectos sociais e dos próprios serviços de saúde no surgimento e manutenção do abuso de drogas (COELHO; SOARES, 2014).

Por outro lado, para uma assistência integral, Costa *et al.* (2013) ressaltam a necessidade de articulações comunitárias, nas quais os trabalhadores assumam a responsabilidade de aumentar a divulgação da prevenção ao uso de álcool e outras drogas e de oferecer suporte à implementação das práticas, de acordo com as potencialidades e peculiaridades de cada localidade, promovendo o engajamento da comunidade.

Também sobre atividades de prevenção, ressaltam que a APS pode atuar nos três níveis de prevenção, contudo, os autores completam que não se deve descuidar das demais necessidades de saúde. Desse modo, por meio de um trabalho articulado com outros equipamentos de saúde disponíveis do território, pode-se trabalhar a prevenção primária (Promoção de saúde), secundária (Diminuição da incidência do problema) e terciária (Redução de comprometimento pelo problema). Além disso, a prevenção pode ser universal (Destinada à população em geral); seletiva (Que objetiva atingir grupos presumidamente em risco) e indicativa (Para aqueles que já experimentaram, mas não estão em situação de abuso).

Os autores, com base na política de atenção integral aos usuários de drogas, de 2013, destacam que as atividades de prevenção voltadas para o uso abusivo de drogas podem ser definidas como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos, e para o fortalecimento de fatores de proteção. Tais práticas devem ser realizadas em conjunto com os demais serviços de diferentes áreas existentes na comunidade, contribuindo para a inserção de diferentes atores no desenvolvimento desse trabalho.

Outras intervenções em nível primário que podem abranger os usuários de drogas podem ser realizadas pela equipe de consultório na rua (eCnaR), a implantação dessa equipe, normatizada pela Portaria GM nº. 3.088, de dezembro de 2011, está de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção, que prevê intervenções voltadas para a população de rua, tendo em vista as dificuldades desses sujeitos para acessar os serviços de saúde.

Sobre esse tipo de intervenção, o estudo de Engstrom e Teixeira (2016) ressalta que a CnaR é um importante recurso no cuidado de populações vulneráveis, como os usuários de substâncias psicoativas, pois promove o acesso e possibilita a construção do vínculo entre trabalhadores de saúde.

A equipe de consultório de rua é composta, sempre que possível, por um agente comunitário, um técnico de enfermagem e, pelo menos, um profissional de nível superior. O trabalho consiste na realização de abordagens e intervenções na perspectiva da redução de danos, em locais de grande vulnerabilidade, e na oferta de cuidados por meio da estratégia de redução de danos e da clínica ampliada (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

No que se refere ao acolhimento, o estudo de Moraes (2013) destaca este tipo de conduta como a principal atividade realizada pela equipe de enfermagem no cuidado aos usuários de drogas. O acolhimento consiste em escutar o usuário de forma ampliada e integrada, atentando para as relações destes com a família, o trabalho e a comunidade de forma geral, contudo as principais queixas trazidas pelo sujeito que abusa de substâncias são os agravos orgânicos.

Muniz *et al.* (2015) discutem que o momento do acolhimento é bastante importante e, por vezes, pode ser uma oportunidade do usuário de drogas acessar a atenção psicossocial, uma vez que, usualmente, este busca a unidade básica devido a um agravo orgânico e não menciona o abuso de drogas, haja vista que só comenta sobre o problema quando se sente, de fato, acolhido.

Contudo, os autores ressaltam que uma vez realizado um encaminhamento para serviços mais especializados, é importante que a equipe de APS não se retire da condução do caso, mantendo uma corresponsabilização juntamente com o serviço especializado, pois o encaminhamento não é uma forma de passar o problema adiante.

Após a escuta, os enfermeiros encaminham os usuários para serviços especializados, curiosamente, o CAPS ad foi pouco citado nessa pesquisa, os

serviços que mais receberam encaminhamentos foram o CAPS geral, comunidades terapêuticas e hospitais de psiquiatria. O desejo de receber tratamento foi primordial para a realização do encaminhamento para serviços especializados.

Faz-se importante pontuar que embora os autores enfatizem a importância da utilização da redução de danos na APS, no contexto pesquisado pelos autores, a estratégia de redução de danos foi pouco citada pelos trabalhadores, nos trabalhos realizados em campo. Aparentemente, por meio dos estudos em questão, os profissionais tentam encaminhar os usuários que acessam o serviço a locais especializados, quando percebem que há o desejo de receber tratamento, no entanto, caso o sujeito não demonstre interesse em alguma terapêutica, ele não recebe outro tipo de orientação.

A estratégia de redução de danos, embora esteja prevista pela política do Ministério da saúde em serviços que compõem a rede de assistência ao usuário de drogas, como a APS, é pouco utilizada nesses serviços, talvez pela falta de compreensão dos trabalhadores sobre a estratégia de redução de danos como um recurso que contribui para aumentar o acesso dos usuários à saúde, uma vez que aqueles que não desejam tratamentos especializados poderiam receber benefícios de intervenções breves realizadas na própria APS.

Além disso, a própria política do Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº. 3.088, de dezembro de 2011, inclui comunidades terapêuticas como integrantes da rede assistencial ao usuário de drogas, situação que pode confundir os trabalhadores no que se refere à conduta terapêutica.

Ademais, embora muitos profissionais afirmem ser favoráveis às estratégias de redução de danos, suas concepções sobre o uso e abuso de substâncias psicoativas, pautadas no modelo jurídico-moral ou de doença, são incompatíveis com as propostas da abordagem de redução de danos. Uma vez que essa estratégia implica também na compreensão do usuário como um ser autônomo, inclusive com capacidade para decidir se deseja a abstinência ou não. (QUEIROZ *et al.*, 2014).

Portanto, a estratégia de redução de danos envolve a compreensão de que mesmo os sujeitos que não desejam parar o consumo ou que não conseguem devem receber cuidados dos profissionais, que devem oferecer cuidados sem julgamentos de valores, uma vez que o foco é a qualidade de vida do usuário.

Nesse sentido, diante da contradição entre o discurso dos trabalhadores sobre a redução de danos e suas crenças sobre o uso de drogas, deduz-se que os estes pouco compreendem a abordagem de redução de danos no que se refere a seus determinantes históricos e pouco conhecem as suas estratégias.

Outro problema que merece atenção se refere a gestantes usuárias de drogas que acessam a APS para consultas de pré-natal, sobre essa questão, Kassada, Marcon e Waidman (2014) e Kassada *et al.* (2013) alertam para a necessidade de um trabalho voltado para as gestantes que realizam o pré-natal na APS, uma vez que a prevalência de gestantes que fazem uso de drogas ilícitas, tais como cocaína, *crack* e maconha, mostrou-se alta, cerca de 18,28% nas unidades básicas de saúde no município de Maringá (KASSADA *et al.*, 2013).

Diante desse contexto, faz-se necessário sensibilizar os profissionais de saúde que realizam consultas pré-natal, sobre a importância de esclarecer e orientar as gestantes sobre as repercussões do uso de drogas nesse período. O acolhimento e a utilização da estratégia de redução de danos pode ser um caminho para apoiar a gestante e auxiliá-la nesse momento (KASSADA; MARCON; WAIDMAN, 2014).

De acordo com a literatura e com as políticas sobre drogas, os serviços de atenção primária integram a rede de atenção aos usuários de drogas e, portanto, devem oferecer cuidados a este público numa perspectiva que abranja aspectos psicossociais relacionados ao uso, visando a um atendimento resolutivo e integrado. Porém, a literatura já aponta para uma elevada diferença entre o que é orientado pelas políticas de atenção ao usuário de drogas e o que, de fato, é realizado nos serviços de APS.

## 5.8 O PROCESSO DE CUIDADOS AOS USUÁRIOS DE DROGAS NA APS: EXPLORANDO A MICROPOLÍTICA

De acordo com o relato dos profissionais, o abuso de drogas ainda é visto como uma doença, uma vez que desconsidera outras dimensões do problema como, por exemplo, o aspecto social:

[...] mas eu acredito que o *crack* deveria ser visto não como uma droga, um vício, porque ele é uma doença que causa a dependência química, causa distúrbios psíquicos que a gente já tem informação dos profissionais da área (Profissional 9).

Nesse sentido, as intervenções voltadas para este público estão de acordo com uma abordagem tradicional de tratamento relacionado ao uso de drogas, cujo objetivo é a abstinência, compreendida como “cura”, como se observa no relato abaixo:

[...] Assim, aqui nós orientamos cuidados dos problemas decorrentes do abuso, agravos orgânicos, e fazemos o encaminhamento para o CAPSad, mas, primeiro, necessitamos saber se o usuário, realmente, quer deixar esse vício (Profissional 14).

Dourado *et al.* (2014) alertam que tratamentos a usuários de substâncias psicoativas cujo principal objetivo é a abstinência podem limitar as opções de trabalho dos profissionais de saúde, visto que em muitos casos os usuários não se consideram “dependentes” ou “doentes” e, assim, julgam não necessitar de ajuda, dificultando o sucesso dessas formas de terapêuticas.

Sobre o acesso do usuário de drogas na APS, de acordo com os profissionais, esse processo ocorre, principalmente, por meio de agravos orgânicos, oriundos de demanda espontânea ou de encaminhamentos do CAPS ad, ou seja, o usuário busca atendimento em nível primário por outros motivos e somente quando o profissional que o atende questiona sobre o uso de drogas, a equipe consegue identificar o uso. Caso o profissional não aborde o assunto, o consumo de drogas passa despercebido, como se observa por meio dos seguintes relatos:

[...] quando ele vem com algum outro problema que ele tem, que a gente acaba identificando também o uso de drogas, dificilmente é pelo uso de drogas que ele chega aqui [...] mas nem todos (profissionais) perguntam sobre o uso (Profissional 1).

Eles vêm encaminhados por conta de um agravo, ou até mesmo chega lá pra, às vezes, o paciente está com agravo agudo, e a gente fica acompanhando esse paciente por conta de um agravo e, às vezes, acaba descobrindo que ele usa drogas (Profissional 7).

Então, elas são atendidas aqui comumente, normalmente, na área médica que o posto de saúde oferece; não através da droga, ainda não, é por isso que existem os CAPS, que são centros de referência para os usuários (Profissional 8).

Outra forma de acessar a APS ocorre em casos em que não há psiquiatra no CAPS ou medicação. Desse modo, o usuário chega a APS como demanda espontânea, para solicitar receita ou medicação, ou recebe encaminhamentos da equipe do CAPS, como se observa no discurso abaixo:

O mais comum que a gente vê nesses pacientes, nessa demanda aqui, o que eles vêm para o nosso serviço é para pegar a medicação, uma receita controlada, quando eles tão tomando uma medicação que acaba aí eles vão lá, e não tem psiquiatra, aí, muitas vezes, a própria Assistente Social, alguém do serviço lá, elas fazem uma cartinha explicando tudo que eles estão tomando e aí eles vêm aqui ou, então, na demanda espontânea ou procura alguém, o médico da sua equipe ou a enfermeira, para dar essa receita. (Profissional 7).

No entanto, ao considerar o modo de acesso dos usuários na atenção primária, motivado, principalmente, por demandas físicas e orgânicas, não se pode afirmar que o acesso de usuários de substâncias psicoativas, de fato, ocorre, pois diante dessas situações, observa-se uma APS tradicional, voltada para questões de saúde/doença.

Assim, observa-se um acesso seletivo e excludente, uma vez que a APS atende apenas às demandas relacionadas aos agravos orgânicos desta população, deixando de intervir em outras dimensões do problema, como os aspectos psicossociais, uma vez que quando os usuários buscam a APS devido, especificamente, ao uso de drogas, logo são orientados a buscar o CAPSad, como se observa nos seguintes relatos: Quando a família procura o serviço para falar de algum parente que usa drogas, eu oriento logo o CAPSad (Profissional 2); Aí nesses casos (uso de drogas) eu falo logo que existe um serviço especializado, o CAPSad (Profissional 5).

Portanto, o acesso de usuários de substâncias psicoativas aos serviços de saúde ainda é um desafio, apesar da existência de políticas específicas para este público alvo.

De acordo com Assis e Jesus (2012), a discussão do acesso à saúde relacionado a políticas voltadas para grupos específicos deve envolver a concepção de equidade, termo compreendido como a diretriz que organiza ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais que, geralmente, são tratados, socialmente, de forma desigual, com forte traço do que os autores chamam de “discriminação positiva”. Assim sendo, a construção de políticas públicas específicas seria uma forma de superar as desigualdades injustas, através da formulação e implementação de determinadas ações.

Porém, Assis e Jesus (2012) alertam que políticas para grupos específicos são alvo de polêmicas, uma vez que contrariam o princípio da

universalidade, defendido pelo SUS. Por outro lado, os autores complementam que as referidas políticas estão de acordo com outro princípio do SUS, o da equidade.

O princípio da equidade do SUS parte do pressuposto de que os indivíduos não são iguais e busca, portanto, tratar de forma desigual os sujeitos que são desiguais, promovendo a “justiça social”. Nesse sentido, deve haver maiores investimentos naqueles grupos mais carentes, visto que possuem muito mais dificuldades para receberem cuidados em saúde. Assim, as políticas voltadas aos usuários de drogas ganham relevância, uma vez que estes são tratados de forma desigual.

As dificuldades relacionadas ao acesso dos usuários de substâncias psicoativas à saúde podem ser discutidas, principalmente, no contexto da dimensão simbólica, debatido por Giovanella e Fleury (1995) ao analisar as condições de acessibilidade, uma vez que abrangem aspectos subjetivos relacionados à compreensão do comportamento do uso drogas, frequentemente considerado por profissionais de saúde como imoral ou criminoso, como se observa nos seguintes relatos:

Eles ficam muito agitados, saem pras ruas, praticam assaltos. Eles são muito nervosos, agridem a gente, eu já fui assaltada várias vezes e eu vejo ali que eles estão dispostos a qualquer coisa, devido ao consumo da droga, eles fazem qualquer coisa pra comprar e alimentar o vício (Profissional 11).

Também podem ser acrescentadas nessa discussão as dimensões econômica, técnica e política. Na dimensão econômica, observa-se que os usuários de drogas estão incluídos em um perfil de vulnerabilidade social, situação que dificulta o atendimento devido a questões de custos e descolamento. Na dimensão técnica, observam-se aspectos organizacionais que dificultam o atendimento aos usuários, como horários comerciais que reduzem as possibilidades destes acessarem os serviços. Na dimensão política, percebe-se ainda uma dificuldade na implementação na superação do modelo proibicionista, hegemônico do Brasil até meados dos anos 2000.

Em relação aos cuidados aos usuários diante da identificação do uso, reduzem-se, principalmente, aos cuidados dos agravos orgânicos e ao encaminhamento, geralmente, ao CAPSad, ou outros serviços que funcionem como uma rede de apoio, como se observa no seguinte relato: então se chega um

paciente usuário de droga, que apresenta determinado problema, então trata aquele problema e aí procura o CAPS Ad (Profissional 3).

Quando é usuário mesmo, que a gente identifica, a gente procura conversar com ele e oferecer os serviços que existem na rede. Quando é a família que procura, a gente pede, se possível, que ele venha até nós, para que a gente possa ter uma conversa com ele, diálogo, a gente tem esse diálogo... São os Capes ad relacionado ao município, ONGs que trabalham com o serviço de atendimento a esses usuários, entidades de igrejas, comunidades de igrejas que desenvolvem esse trabalho (Profissional 9).

Porém, de acordo com os profissionais, não há uma articulação entre a ESF e os outros serviços para os quais os usuários são encaminhados, dessa maneira não se observa a longitudinalidade ou a continuidade do cuidado, como se percebe no seguinte relato:

Por que, às vezes, o usuário de *crack* ele não pode ficar só aqui, tem que ter outro acompanhamento, e eu não consigo dar essa continuidade, então, muitas vezes, a gente acaba perdendo esse paciente, o paciente que abandona e que não faz o tratamento correto, que acaba se envolvendo no mundo do crime e a maioria vai pro presídio ou nesse sentido e quando chega no presídio também não tem uma continuidade (Profissional 10).

Segundo Starfield (2002) e Pastor-Sanchez *et al.* (1997) há uma diferença conceitual entre continuidade e longitudinalidade do cuidado. Nesse sentido, a longitudinalidade está relacionada ao acompanhamento dos distintos problemas de saúde por um mesmo médico, já a continuidade consiste no acompanhamento por um mesmo médico, ou não, de um problema específico do paciente. É importante ressaltar que os termos possuem diferenças no que se refere à relação médico paciente, uma vez que na continuidade não há a exigência de uma relação pessoal entre profissional e usuário, haja vista que bons registros podem suprir a necessidade de informações para o devido acompanhamento da patologia. Já na longitudinalidade deve estar implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente.

Ao tratar o problema do abuso de drogas como responsabilidade apenas dos serviços especializados, os profissionais desconsideram o princípio da integralidade e, por meio de uma prática focada no modelo biomédico, podem estar contribuindo para o aumento das demandas consideradas próprias da APS, uma vez que doenças como a tuberculose necessitam de uma abordagem integrada, haja

vista que hábitos como o abuso de drogas podem dificultar o seu tratamento, como bem observa uma profissional da APS:

Faço a seguinte relação: usuário de *crack* relacionado à tuberculose e abandono de tratamento, todos os meus pacientes de tuberculose hoje, que são usuários, abandonam, ficam, voltam, não melhoram, mas acabam sempre abandonam o tratamento, aí significa aumento da resistência da tuberculose, a tuberculose continua existente (Profissional 15).

Nesse sentido, faz-se necessário que os profissionais da APS compreendam as diferentes dimensões que envolvem o processo de saúde doença para o desenvolvimento de diferentes práticas que abordem o sujeito de uma forma integrada.

No entanto, apenas quando o CAPS avalia o usuário e identifica um caso “leve” de abuso, o acompanhamento pode ser realizado na ESF. Nesses casos, o CAPS continua o acompanhamento, mas por meio do apoio matricial que esse serviço oferta às equipes de saúde da família, contudo os profissionais ressaltaram que com a redução das equipes de NASF e diante das modificações que a nova gestão vem implementando, no sentido de atender, prioritariamente às demandas de emergência, essa atividade tornou-se rara, como se observa no seguinte relato:

Ele (usuário) vai pro CAPS. Ele é avaliado pela Assistente Social, se for possível ficar acompanhando ele aqui fica pelo matriciamento, senão, se for algo mais profundo, ele é acompanhado no CAPS, mas como a gestão agora está voltada para demanda espontânea, esse matricialmente diminuiu (Profissional 8).

O conceito de apoio matricial foi proposto por Campos no contexto da reforma das organizações e do trabalho em saúde. Posteriormente, essa metodologia de gestão do cuidado foi adotada em outros serviços, dentre eles o de saúde mental e de atenção primária à saúde. A estratégia visa oferecer retaguarda especializada a equipes de profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (CAMPOS, 2007).

O apoio oferecido pelas equipes do CAPS abrange a assistência, bem como funciona como um suporte técnico-pedagógico às equipes de atenção primária. A atividade pode ser um caminho para a efetivação do trabalho na perspectiva da clínica ampliada, possibilitando assim uma integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Nessa perspectiva, a equipe de referência é

composta por diferentes profissionais que desempenham diversas tarefas, operando com diversos modos de intervenção (CAMPOS, 2007).

Nesse sentido, o apoio oferecido às equipes de ESF representava uma importante estratégia de cuidados aos usuários de drogas na APS, sem esse acompanhamento, as equipes de atenção primária podem ficar sobrecarregadas diante das diferentes demandas deste nível de atenção.

Nesse contexto, o tratamento de casos não complicados de abuso de drogas na APS está previsto na política de atenção integral ao usuário de drogas, de 2003, bem como o diagnóstico precoce e referência para a rede de assistência dos quadros moderados e graves. Além do CAPS, outros serviços formais e informais estão previstos (BRASIL, 2003).

Outra estratégia de cuidados que a APS pode oferecer é a realização de palestras pelas equipes do NASF, para promover a saúde ou prevenir o uso de álcool e outras drogas, como se percebe no relato abaixo:

O Nasf, normalmente, eles dão palestras também de prevenção, não só do uso do *crack*, como o uso de outras drogas, DSTs, nós temos aqui o educar pela saúde, que palestras são feitas no acolhimento (Profissional 16).

As ações de prevenção na ESF também estão previstas na política de atenção integral aos usuários de drogas, uma vez que esta ressalta a necessidade de capacitar as equipes de saúde da família e de prover subsídios para o desenvolvimento das ações de prevenção primária ao uso prejudicial de drogas em locais como escolas, locais de trabalho, sindicatos e outras associações (BRASIL, 2003).

Contudo, percebeu-se que esse tipo de atividade desperta receio nos profissionais, pois estes acreditam que esse trabalho pode significar uma ameaça aos traficantes, que poderão perder os consumidores das substâncias psicoativas, como se observa no seguinte relato:

E eu, inclusive, tava pensando em fazer, mas quando eu me dei conta que se eu fizer uma atividade com a juventude eu vou mexer lá dentro da consciência do traficante, e aí você está perdido, eu desisti, não vou, não faço. Porque, é como eu estou lhe dizendo, o traficante está lá com você e, às vezes, ele nem sabe que você sabe que ele trafica. E é um pouco difícil, aliás, é muito difícil (Profissional 13).

Uma alternativa para realizar um trabalho preventivo pode ser uma intervenção voltada à promoção da saúde, nesse sentido os profissionais poderiam utilizar a qualidade de vida sem focar diretamente no consumo de drogas, evitando despertar a atenção dos traficantes. De acordo com Buss (2003), medidas de promoção de saúde no nível de prevenção primária não são voltadas para os problemas de saúde em si, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais, envolvendo orientações voltadas para indivíduos e famílias, bem como a ambientes e estilos de vida.

O medo de abordar o assunto com os usuários foi um sentimento bastante presente nos relatos dos profissionais da APS, muitos possuem receio de atender aos sujeitos que abusam de drogas, principalmente, do *crack*, pois acreditam que esta droga provoca agressividade, como se percebe nos seguintes relatos:

[...] ainda com o usuário de *crack* que, infelizmente, ainda causa medo, a gente não costuma ver, atualmente, o usuário de *crack* ser uma pessoa cordial. A gente, geralmente, identifica eles como sendo pessoas agressivas, por causa do *crack*, pessoas que são impulsivas, pessoas que são altamente depressivas, que se escondem na própria falha, são pessoas que não procuram se relacionar com outro tipo de pessoa (Profissional 8).

Diante dessa realidade, muitos profissionais têm receio de investigar o uso de drogas, pois temem ser alvo de algum tipo de represália por parte dos usuários e de traficantes, situação que torna a identificação do uso mais difícil:

[...] então, esse tipo de situação, basicamente, a nossa unidade junto com as enfermeiras do PSF, elas têm o cuidado de identificar e, até certo ponto, talvez por medo de represália, alguns certos tipos de situação em que o usuário, infelizmente, só vai procurar ajuda quando ele se quer ajudar. Então, a gente tem até um certo tipo de receio de chegar para o usuário [...]. Tratamento só funciona quando o dependente quer; infelizmente, a gente ainda enfrenta esse tipo de tabu, esse medo. (Profissional 17).

De acordo com os agentes comunitários de saúde, o trabalho de identificação de usuários de drogas pode ser interpretado pelos usuários como uma ameaça, pois eles temem que os profissionais repassem informações sobre uso e tráfico a policiais, como se percebe no discurso abaixo:

[...] eles também acham assim que é uma invasão na privacidade deles, né? De querer saber onde é que ele estava; se está tudo bem com ele. É uma preocupação da gente com o paciente, mas só que eles não veem dessa maneira, que a gente está tendo aquela preocupação com eles; eles já veem de uma maneira que a gente quer se meter na vida deles. E até tem alguns que respondem: “pra que que você quer saber da minha vida? Da minha vida cuido eu!” Então, é como eu te falei [...] porque uma hora dessa aí ele se revolta contra você. Você vai fazer o que? Você não vai poder fazer nada. Vai ficar até com medo de acompanhar até aquela família, se isso um dia vier a acontecer (Profissional 12).

Como eu lhe falei agora há pouco, no momento em que eu começo a trabalhar o usuário, aquele usuário também pode traficar. Muitas vezes, não na maioria, mas muitas vezes também eles traficam e é a manutenção do vício deles. Então, a gente corre dentro de uma roda sem saída. Se você se meter, você não trabalha, para você trabalhar é melhor que você [...] conversa com eles, cuidando da saúde deles de uma maneira muito discreta [...] Para eles, no momento em que você fala de *crack*, é como eu já lhe disse agora há pouco, você está tirando a liberdade dele de vender droga, no caso, se ele usa e trafica e, no caso do traficante, você está tirando a oportunidade do serviço dele. Então, você passa a ser muito mal vista, aí é onde você corre risco. (Profissional 13).

Percebe-se, então, que os profissionais possuem grande receio de comentar sobre o assunto, até mesmo com a pesquisadora, pois no momento da entrevista, uma agente de saúde comentou “Eu só estou lhe falando isso porque eu sei que é uma coisa muito secreta” (Profissional 13), ressaltando a necessidade de sigilo sobre o assunto.

Os agentes de saúde também possuem um papel importante nos cuidados aos usuários nesse nível de atenção, pois se destacaram no trabalho de identificação e acompanhamento de usuários, como se percebe no relato abaixo:

Quem trabalha com esse público só as pessoas que trabalham externamente, que são os agentes de saúde, que são diretamente com o problema, diretamente com a população (Profissional 8).

A família, geralmente, quem procura mais, quando ela procura o serviço social, pelo menos na minha parte profissional, ela procura o serviço social buscando alternativas, buscando ajuda, buscando orientação de como fazer pra encaminhar, pra orientar, pra ajudar naquela situação em que ela está vivendo no seu âmbito familiar (Profissional 9).

Quem procura mais é a família, o próprio usuário não (Profissional 10).

Nesse sentido, aparentemente, as famílias sentem-se mais confortáveis com os agentes comunitários no que se refere à abordagem do assunto e a um pedido de socorro. Da mesma forma, o agente comunitário, ao identificar um caso

de abuso de drogas, prefere orientar a família a abordar o assunto com o usuário e incentivá-lo a procurar o posto de saúde, como se observa no seguinte relato:

[...] primeiramente, o agente de saúde detecta o usuário, conversa com a família, primeiramente, para depois chegar a ele. Então, tenta convencê-lo a vir ao posto de saúde, conversar com a enfermeira e ser encaminhado pro médico; daí o médico encaminha para o CAPS, que é para começar a fazer o acompanhamento. (Usuário) (Profissional 12).

No momento em que você fala da droga em si, não necessariamente o *crack*, você não fica bem visto. Você já começa a ser alvo de uma não boa aceitação. Então, até hoje, eu já passei por essa experiência que eu lhe falei, que eu tive que sair da área, pessoas que eu nunca imaginei na minha vida que são. Então, eu não corro o mesmo risco, eu oriento a família: “olha, se quiserem ir para o CAPS a gente ajuda”, eu dou todas as informações possíveis, mas nunca diretamente ao usuário, porque eu corro risco (Profissional 13).

Nesse sentido, muitas vezes quem aborda o assunto, geralmente, é a família e não os usuários. Desse modo, observa-se que a família possui um papel importante na identificação dos usuários em serviços de atenção primária, como se observa no seguinte relato:

Então, com certo tipo de situação, a gente observa que aquele paciente ou, geralmente, alguém da família, a mãe de um chega e diz: “olha, meu filho está passando por isso”. Então, os profissionais da unidade se encarregam (Profissional 8).

A facilidade de construção de vínculos entre usuários, familiares e agentes de saúde talvez esteja relacionada ao fato desses profissionais, geralmente, pertencerem ao mesmo território dos usuários, contudo, por esse mesmo motivo, os agentes de saúde estão mais expostos a situações de represálias decorrentes das suspeitas dos usuários, no que se refere ao repasse de informações sobre uso e tráfico de drogas à polícia.

Também foi perceptível nos relatos dos profissionais que a responsabilidade por receber algum tipo de cuidado, por vezes, está depositada apenas no usuário, essa maneira de pensar, no entanto, desconsidera as barreiras existentes que dificultam a oferta de saúde a esse público, como as crenças moralistas comumente partilhadas até mesmo por profissionais de saúde que contribuem para que o sujeito que possui problemas com abuso de drogas sinta-se desconfortável ao abordar o assunto.

O histórico de associação entre usuários de substâncias e comportamentos delinquentes pode estar associado a resquícios de políticas proibicionistas, hegemônicas no país até, aproximadamente, o ano 2000, quando as políticas relacionadas à redução de danos ganharam visibilidade ( ALVES, 2009).

As visitas domiciliares podem ser consideradas uma oportunidade para o acompanhamento de casos relacionados ao abuso de drogas, contudo a ESF não realiza visita voltada para o problema, estas estão relacionadas a outras demandas dos serviços, mas alguns profissionais aproveitam para investigar o uso de drogas, como se observa no discurso abaixo:

[...] agora, depois de tá repassado caso pro específico, que é o CAPSad, aí após a visita, a efetivação se dá mais concreta na atuação que já que nós não disponibilizamos um serviço de visita domiciliar específico para esse caso, desse tipo de situação. (Profissional 10).

Nesse contexto, o contato dos usuários com os serviços de APS ocorrem, principalmente, por meio de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais dos serviços ou para obtenção de medicação, cuidados de agravos orgânicos.

Diante do exposto, percebe-se que as atividades e ações realizadas na APS direcionadas aos usuários de substâncias psicoativas ainda são bastante reduzidas, uma vez que muitos profissionais sequer tomam conhecimento da realização dessas intervenções, como se percebe no seguinte discurso:

Aqui, que eu saiba, não tem nada específico para trabalhar esse tipo de cliente não [...] nunca tem nada que seja programado e específico para o atendimento do usuário de *crack*, não (Profissional 11).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, observam-se muitas barreiras que dificultam a articulação entre teoria e prática no contexto da Atenção Primária à Saúde, especificamente no que se refere aos cuidados aos usuários de drogas. Esta situação pode ser observada pela existência de uma grande lacuna entre a macropolítica (as políticas de atenção aos usuários de drogas e a produção científica sobre o assunto) e a micropolítica (o trabalho realizado no cotidiano dos serviços de APS).

Dentre as dificuldades destacam-se as barreiras encontradas pelo pesquisador no decorrer do seu estudo, relacionadas à entrada em campo, bem como ao acesso aos diferentes serviços de saúde; também há a recusa de muitos sujeitos em participar das pesquisas, ocasionando a demora do pesquisador no período da coleta de dados. Nesse sentido, quanto mais o pesquisador demora a concluir o seu estudo, menos interessante o estudo se torna para os envolvidos no fenômeno, uma vez que as questões práticas necessitam, por vezes, de resolução urgente; e a rotatividade dos profissionais nos serviços de APS, com desligamentos e admissões frequentes de vários profissionais e gestores, ocasiona ainda mais a falta de interesse nos assuntos que se tornaram alvo de questionamentos por profissionais que estavam nos serviços no início do estudo, mas que foram desligados durante o processo.

No que se refere aos pesquisadores, é comum que os problemas de pesquisas sejam pensados na universidade, sem uma consulta prévia aos sujeitos que estão envolvidos na prática. Por outro lado, na APS, por vezes, os profissionais não demonstram disponibilidade para conversar com os pesquisadores ou demonstram descrédito em relação às possibilidades das pesquisas repercutirem nos serviços. Nesse sentido, a participação em pesquisas, muitas vezes, é vista como uma demanda a mais para os profissionais e gestores que já estão sobrecarregados, assim, a participação dos profissionais e gestores, muitas vezes, reduz-se ao período de coleta de dados, quando deveria ocorrer durante todo o processo de investigação.

Além disso, frequentemente a participação dos usuários dos serviços é subestimada pelos pesquisadores em saúde. No caso específico de pesquisas relacionadas aos cuidados aos usuários de drogas na APS, ainda deve-se

considerar as dificuldades para contatar sujeitos em situação de abuso de drogas na APS, uma vez que os próprios usuários receiam abordar o assunto, e os profissionais temem identificar tais usuários.

Em pesquisas relacionadas à atenção aos usuários de drogas, outras barreiras também impedem que os resultados dos estudos sejam utilizados na prática, como as questões subjetivas relacionadas a aspectos morais que favorecem a compreensão do uso de drogas como um comportamento amoral, dificultando o entendimento e a utilização de estratégias relacionadas à redução de danos.

Esse contexto também demonstra que ainda existem muitos desafios para a superação do modelo asilar na atenção à saúde mental e, conseqüentemente, revela as dificuldades e desafios para a efetivação do modelo psicossocial construído de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica, uma vez que a abstinência ainda é vista como a “cura” para os usuários de drogas.

Por fim, os gestores depositam a responsabilidade pela utilização dos resultados apenas nos pesquisadores, demonstrando pouca disponibilidade para interpretar os resultados da pesquisa e adaptá-los ao seu contexto. Nesse sentido, muitas vezes, os gestores permanecem distantes da produção científica relacionada à sua área e sequer compreendem os termos básicos utilizados em suas áreas de atuação.

Desse modo, pesquisador e sujeitos envolvidos na prática, como gestores e profissionais, possuem responsabilidades na busca de articulação entre teoria e prática, uma vez que o pesquisador não pode ser o único responsável pela implementação da pesquisa, haja vista que a utilização desses resultados envolve aspectos que estão além de suas possibilidades, demandando esforços de gestores e outros atores envolvidos nas práticas. No entanto, o pesquisador também pode pensar em possibilidades de tornar mais fácil a utilização dos resultados da pesquisa ao abranger todos os atores envolvidos no fenômeno estudado, nos diferentes momentos do estudo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. S.; GIOVANELLA, L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, ago. 2008.

ALVES, M. D. F. **De professor a educador** - contribuições da psicopedagogia: ressignificar os valores e despertar a autoria. Rio de Janeiro: WAK Editora, 2006.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, nov. 2009.

\_\_\_\_\_. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120 p.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente**. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

\_\_\_\_\_. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida** - A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP, 1998.

AMATUZZI, M. M. Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 26, n. 1, p. 93-100, mar. 2009.

ANDRADE, T. M. de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011.

ARRETCHE, M. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate São Paulo: Cortez, 1998. p. 29-39.

ASSIS, M. M. A. *et al.* Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. ASSIS, M. M. A. *et al.* **Produção do cuidado no programa saúde da família**: olhares analisadores em diferentes cenários [online]. Salvador: EdUFBA, 2010. 180 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

ASSIS, M. M. A. *et al.* **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EdUFBA, 2010. 180 p.

\_\_\_\_\_. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003.

ASSIS, S. G. **Crianças, adolescentes e crack**. Desafios para o cuidado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 403p.

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e dependência: crack. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 138-140, abr. 2012.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JR, M., CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004a.

\_\_\_\_\_. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v. 13, n. 3. p. 16-29, 2004b.

BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1007-1028, 2009.

BAREMBIITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**, 5. ed., Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2000.

BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 329-338, jun. 2004.

- BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Programa saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 8, n. 1, p.144-149, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/revisao\\_02.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/revisao_02.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- BELENS, A. J.; PORTO, C. M. Ciência e tecnologia, uma abordagem histórica na sociedade da informação. In: PORTO, C. M. **Difusão e cultura científica**: alguns recortes [online]. Salvador: EdUFBA, 2009. p. 23-43. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 18 jun. 2016.
- BENDTSEN, P.; AKERLIND, I. Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. **Alcohol & Alcoholism**, v. 34, n. 5. p. 795-800, 1999.
- BISPO JUNIOR, J. P. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1866-1867, ago. 2009.
- BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias** – Uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: Ed. Saraiva: 2002.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Rev C S Col.**, v. 7, n. 3, p. 401-12, 2002.
- BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.
- BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. de. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, abr. 2010.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, fev. 2007.
- BOURDIEU, P. Le champ scientifique. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, n. 2/3, p. 88-104, jun. 1976.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **PNASS programa nacional de avaliação de serviços de saúde**. Resultado do processo avaliativo 2004-2006, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ciência e tecnologia em saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
- \_\_\_\_\_. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Gestão da educação em saúde**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do programa saúde da família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002 / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p.il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, **Tecnologia e insumos estratégicos**. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 44 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 68 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS (2004). **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS n. 152, de 19 de janeiro de 2006**. Institui o fluxo para incorporação de tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-152.htm>>. Acesso em: 19 out. 2015.

BRIDIS, C. *et al.* "The use of formative evaluation to assess integrated services for children". **Eval Health Prof**, v. 21, p. 77-90, 1999.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Produção do conhecimento, políticas em saúde mental**. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narrativa. São Paulo: Aderaldo e Rothchild, 2008.

\_\_\_\_\_. Humanização na saúde: Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

\_\_\_\_\_. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

\_\_\_\_\_. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Cienc. Saude Colet.**, n.12, sup., p.1865-74, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; DEL BARRIO, L. R. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2797-2805, out. 2013.

CAMPOS, R. O. *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, dez. 2011.

CANDIOTTO, C. FOUCAULT: Uma história crítica da verdade. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 65-78, 2006.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, ago. 2003.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, jun. 1996.

CARNEIRO JUNIOR; N. *et al.* Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**, v. 7, n. 2, p. 47-62, 1998.

CAROL, H.; WEISS. **Evaluation: methods for studying programs & policies**. 2 ed. Nova Jersey: Prentice Hall, 1998.

CARVALHO, A. L. B. de; SOUZA, M. F.; SHIMIZU, H. E.; SENRA, I. M. V. B.; OLIVEIRA, K. C. de. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, abr. 2012.

CASSIANO, J. G. M. **Tuberculose pulmonar e o uso de drogas ilícitas: entre a cura e o abandono**. 2014. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Fortaleza, 2014.

CEARÁ. **Chamada 07/2013 programa pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde PPSUS-CE – FUNCAP/SESA /MS/CNPq**, 2013.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CHAIMOVICH, H. Brasil, ciência, tecnologia: alguns dilemas e desafios. **Estud. av.**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 134-143, dez. 2000.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ed. Ática, 2000.

COELHO, H. V.; SOARES, C. Bi. Práticas na Atenção Básica voltadas para o consumo prejudicial de drogas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. esp., p. 111-119, ago. 2014.

COIMBRA, C.M. B. Os Caminhos de Lapassade e da análise institucional: uma empresa possível. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, v. 7, n. 1, p. 52-80, 1995.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. 7-27, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006.

CONTRADIPOULOS, A. P. *et al.* Avaliação na área de Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

CORDEIRO, L. *et al.* Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com agentes comunitários de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 897-907, set. 2014.

CORDEIRO, L.; SOARES, C. B. Processo de trabalho na atenção primária em saúde: pesquisa-ação com agentes comunitários de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3581-3588, nov. 2015.

CORRADI-WEBSTER, C. M.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Avaliação do desempenho do CAGE com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. esp. 2, dez. 2005.

COSTA, A. D.; SHIMA, W. T.; HYBNER, B. R. Observações recentes sobre o gasto em ciência e tecnologia no Brasil. **Economia & Tecnologia**, ano, 2, v. 5, abr./jun. 2006.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p.141-168.

COSTA, P. H. A. *et al.* Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 5, p. 325-331, 2013.

COSTA, T. B.; CRUZ, M. M. A Política de ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil: O dilema na definição das prioridades para pesquisa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 163-183, jan./mar. 2014.

COTRIM, G. **Fundamentos de filosofia**: elementos da história do pensamento, 12. ed., São Paulo: Saraiva, 1996.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. p.181-199, 2011. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

DA SILVA, A. L. Ensaio em saúde coletiva: entrevista em profundidade como técnica de pesquisa qualitativa em saúde coletiva. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 2, n. 7, p. 71, 2005.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. esp., p. 232-245, 2012.

DOURADO, G. O. L. *et al.* Redução de danos no âmbito da estratégia saúde da família: análise reflexiva R. **Interd.** v. 7, n. 2, p. 173-183, abr./maio/jun. 2014.

ELIAS, F. T.; PATROCLO, M. A. A. Utilização de pesquisas. Como construir modelos teóricos para avaliação? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 215-227, 2005.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciênc. saúde coletiva [online]**., v. 21, n. 6, p.1839-1848, 2016.

FELICIANO, K. V. O. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, sup. 1, p. 83-92, dez. 2005.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: Competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, supl 1, p.1541-1552, 2009.

FERREIRA NETO, J. L. Micropolítica em mil platôs: uma leitura. **Psicol. USP [online]**., v. 26, n.3, p.397-406, 2015.

FERRI, C. P. *et al.* Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. **Rev Ass Med Brasil**, v. 43, n. 1, p. 25-28, 1997.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2007.

FIGUEIRÓ, A. C. *et al.* Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2095-2105, nov. 2012.

FLEMING, M. F. *et al.* Brief physician advice for alcohol problems in older adults: randomized community-based trial. **Arch Intern Med**, v. 9, p. 1913-24, 1999.

FILIPPIN, L.; WAGNER, M. B. Fisioterapia baseada em evidências: uma nova perspectiva **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 12, n. 5, p. 432-3, set./out. 2008.

FINKLER, L.; DELL'AGLIO, D. D. Reflexões sobre avaliação de programas e projetos sociais. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 38, jun. 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P.; MELLO, G. A.; FORTES, S. L. C. L. Alcohol drinkers, Primary Health Care and what is "lost in translation". **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 15, n. 37, p. 573-85, abr./jun. 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; TURATO, E. R. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 15, p. 439-447, 2002.

FORMIGONI, M. L. O. S. **A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira**. São Paulo: Contexto; 1992.

FORMIGONI, M. L. O. S.; LACERDA, R. B.; VIANNA, V.; RONZANI, T. M. As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas. In: Secretaria Nacional Antidrogas - Senad. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. p. 64-76.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 102-114, jun. 2015.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 15, p. 345-53, 1999.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.

GADAMER, H.G. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 2002

\_\_\_\_\_. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GALVAO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 43-50, dez. 2003.

GALVAO, C. M.; SAWADA, N. O. TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, jun. 2004.

GASPARINI, M. F. V.; FURTADO, J. P. Avaliação de Programas e Serviços Sociais no Brasil: uma análise das práticas no contexto atual. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 117, p. 122-141, mar. 2014.

GERMANO, M. G. **Uma nova ciência para um novo senso comum [online]**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 400 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, maio 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 21-23, 2008.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996. p. 177-198.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2002.

GRANATO, M. **Panorama sobre o patrimônio da ciência e tecnologia no Brasil: Objetos de C&T. Cultura Material e patrimônio de C&T**. Rio de Janeiro: MAST, 2009.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. Newsbury Park: Sage; 1989.

GUIMARAES, R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 375-387, jun. 2004.

GUIMARÃES, R. Pesquisa no Brasil – A reforma tardia. **São Paulo Perspec.**, v. 16, n. 4, p. 41-47, 2002.

GUIRADO, M. **Psicologia institucional: temas básicos de psicologia**. 15. ed. São Paulo: Pedagógica e universitária Ltda, 1987.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 207-253, 2005.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação na área da saúde**: conceitos e métodos. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 12 p.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica** – para a crítica da hermenêutica de Gadamer. Porto Alegre: L&PM, 1987.

IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 2010.

KANER, E.; BLAND, M.; CASSIDY, P. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomized controlled trial. **BMJ**, v. 346, p. 8501, 2013.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da estratégia saúde da família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, dez. 2012.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 343-355, dez. 2009.

KASSADA, D. S.; MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 428-434, set. 2014.

KASSADA, D. S. *et al.* Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 467-471, 2013.

KRAUSS-SILVA, L. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 199-207, 2004.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977.

LAPORT, T. J. *et al.* Percepções e Práticas dos profissionais da atenção primária à saúde na abordagem sobre drogas. **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 143-150, mar. 2016.

LIMA, R. T.; SILVA, E. P. Avaliação na práxis da saúde: histórico, enfoques teóricos e fortalecimento da institucionalização. **R bras ci Saúde**, v. 15, n. 1, p. 103-114, 2011.

LUIS, M. A. V. *et al.* Experiencia de cooperación entre universidad y organización internacional para capacitar enfermeros docentes de la America Latina para la investigación del fenomeno de las drogas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. esp., p. 307-315, abr. 2004.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.

MAIA, J. A. Método clínico e paradigmas da ciência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 177-179, fev. 2000.

MARCONDES, D. **Iniciação à história da filosofia**: dos pré-socráticos a wittgenstein, 6. ed., Rio de Janeiro: Orge Zahar Ed., 2001.

MARQUES, A. C. P.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. R.; ANDRADA, N. C. de. Associação brasileira de psiquiatria. Abuso e dependência: crack. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 2, abr. 2012.

MARQUES, A. C. P. R; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 28-32, 2004.

MATURANA, H. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde in: MERHY E. E. E; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E., FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. **Novas tecnologias e saúde**. Salvador: EdUFBA, 2009.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 116-60.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento** - Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 269 p.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social: teoria e criatividade**, 26. ed. Petrópolis: Vozes; 2007. 108 p.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitative and qualitative methods: opposition or complementarity? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec-ABRASCO; 2008. 407p.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in)segurança pública. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 23, n.11, p. 2767-2779, 2007.

MINAYO, M. C., DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n.1, p. 35-42, 1998.

MITTON, C. *et al.* Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. **Milbank Q**; v. 85, p. 729-768. 2007.

MINISTÉRIO DA SAUDE. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pesquisa em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública [online]**., v. 42, n. 4, pp. 773-775, 2008. Disponível em: <<http://www.funcap.ce.gov.br/index.php/apresentacao>>. Acesso em: 16 jul. 2016.

MORAES, C. L. **Acolhimento de usuários de álcool por profissionais de enfermagem em equipes de saúde da família do município de Campinas, SP**. 2013. 75 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo. 2013.

MOREIRA, V. Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 723-731, dez. 2010 .

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19. n. esp., p. 813-820, maio/jun. 2011.

MORETTI-PIRES, R. O.; LIMA, L. A. M.; KATSURAYAMA, M. A formação dos médicos de saúde da família no interior da Amazônia sobre a problemática do abuso de álcool. **RBPS**, Fortaleza, v. 23, n. 1, p. 56-62, jan./mar., 2010.

MORITZ, V. R.; ALMEIDA, R. M. V. R.; INFANTOSI, A. F. C. I. **A avaliação de tecnologia em saúde**: uma metodologia para países em desenvolvimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

MOTOYAMA, S. *et al.* **Prelúdio para uma história**: ciência e tecnologia no Brasil. São Paulo: EdUSP, 2004.

MUNIZ, M. P. *et al.* Ampliando a rede: quando o usuário de drogas acessa a atenção psicossocial pela atenção básica, **Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)**, v. 7, n. 4, p. 3442-3453, out./dez. 2015.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, out. 2000.

O'DONNELL, A. *et al.* The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. **Alcohol Alcohol**, v. 49, n. 1, p. 66-78, 2014.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, ago. 2008.

OLIVEIRA, M. M. **Programa pesquisa para o SUS**: gestão compartilhada em saúde – PPSUS. Construção do modelo lógico e da matriz de medidas avaliativas. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.1053-1062, maio. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial de saúde 2001** - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: OMS; 2002. 206 p.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EdUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 356 p.

PAIM, J. *et al.* 'O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios'. **The Lancet Série Saúde no Brasil**, v. 1, p. 11-31, 2011.

PASTOR-SÁNCHEZ R, M. A. L.; FERNÁNDEZ, M. P.; CAMACHO, R. G. Continuidad Y Longitudinalidad en Medicina General en cuatro países Europeos. **Rev Esp Salud Pública**, v. 71, p. 479-485, 1977.

PATTON, M. Q. 'A world larger than formative and summative'. **Evaluation Practice**, v. 17, n. 2, p. 131-44, 1996.

\_\_\_\_\_. **Practical evaluation**. Beverly Hills: Sage Publications, 1982. 327 p.

\_\_\_\_\_. **Utilization-focused evaluation: the new century text**. Londres: Sage Publications 1997.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na equipe estratégia de saúde da família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-271, mar./abr. 2009.

PAZ FILHO, G. J. DA; SATO, L. J.; TULESKI, M. J.; TAKATA, S. Y.; RANZI, C. C. C.; SARUHASHI, S. Y.; SPADONI, B. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 1, mar. 2001.

PEDUZZI, M. A articulação de enfoques quantitativos e qualitativos na avaliação em saúde: contemplando a complexidade dos objetos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 7, ago. 2000.

PEREIRA, M. O.; ANGINONI, B. M.; FERREIRA, N. da C.; OLIVEIRA, M. A.A F. de, VARGAS, D. de; COLVERO, L. de A. Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 3, jun. 2013.

PETERS, L. R. **O programa pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS como ferramenta de descentralização do fomento à pesquisa em saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saude Pública, Universidade de São Paulo, 2013.

PINEAULT, R.; TOUSIGNANT, P.; ROBERGE, D.; LAMARCHE, P.; REINHARZ, D.; DANIELLE LAROUCHE, D. Involving decision-makers in producing research syntheses: the case of the research collective on primary healthcare in Quebe. **Involving Decision-Makers in Producing. Healthcare politic**, v. 2, n. 4, p. 193-209, 2007.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Brasília, 2002. p.15.

PINTO, D. M. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 2, n. 3, p. 493-302, jul./set. 2011.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006.

PRATTA, E. M. M. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009.

PULCHERIO; G. *et al.* Crack: da pedra ao tratamento. **Revista de AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 3, p. 337-343, 2010.

QUEIROZ, I. S., GOMES, A. P., REIS, A. L., KNUPP, D. F. D.; AQUINO, C. R. Repertórios interpretativos de profissionais da rede de saúde mental e atenção primária de Belo Horizonte sobre uso de drogas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 80-93, mar. 2014.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; NOGUEIRA, M. S. L.; COSTA, L. F. A. da; VASCONCELOS, M. G. F. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, jul. 2013.

RAMALHO, L. E. G. As diretrizes estaduais no atendimento ao dependente químico pela atenção primária à saúde em Minas Gerais. **Revista da Atenção Primária à Saúde APS**, v. 14, n. 2, p. 207-215, 2011.

RAMIRO, F. S.; PADOVANI, R. C.; TUCCI, A. M. Consumo de crack a partir das perspectivas de gênero e vulnerabilidade: uma revisão sobre o fenômeno. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 379-392, jun. 2014.

REIS, E. J. F. B.; SANTOS, F. P.; CAMPOS, F. E.; ACÚRCIO, F. A., LEITE, M. T. T., LEITE, M. L. C. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, mar. 1990.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, dez. 2003.

ROMAGNOLI, R. C. Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano do CRAS. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 151-161, 2016.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **J Bras Psiquiatr.**, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B. Políticas de saúde para atenção integral a usuários de drogas. In: PAULINA DO CARMO A VIEIRA DUARTE, P. do C. A.; ANDRADE, A. G. de. **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. Brasília: SENAD, 2011, v. 1, p. 251-270.

ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M. J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 581-586, ago. 2010 .

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 32. ed., Petrópolis: Vozes, 2004.

SAMPAIO, J. A. **Experiência espiritual no contexto do acolhimento à pessoa em uso abusivo de drogas e sua família**: uma ação integrada à clínica ampliada na Estratégia de Saúde da Família. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

SANCHO, L. G.; SILVA, N. E. Descortinando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da interdisciplinaridade: debate de ideias. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, jun. 2013.

SANTOS, B. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estud. av.**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 46-71, ago. 1988.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, jun. 2007.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. **Interface (Botucatu)**, v. 10, n. 19, jan./jun. 2006.

SANTOS, J. A. T. A.; OLIVEIRA; M. I. F. Implantação de ações para enfrentamento do consumo de drogas na atenção primária à saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 21-28, jan./mar. 2013.

SANTOS, W. S. *et al.* Alcohol use disorder identification test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, 2012.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, jul. 2009.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. v. 7, p. 4-9, 2012. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/392>>. Acesso em: 3 set. 2014.

SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. de. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**, v. 42, n. 2, p. 168-178, abr./jun. 2011.

SCHNEIDER, J. F. *et al.* Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 654-661, set. 2013.

SEGATTO, M. L. *et al.* Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, ago. 2007.

SENADO. **Orçamento público de ciência, tecnologia e inovação**: investimento do governo do Brasil. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/inovacao/orcamento-publico-ciencia-tecnologia-e-inovacao-investimento-bilhoes-governo-do-brasil.aspx>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

SENRA, I. M. V. B.; CARVALHO, A. L. B. de.; AGUIAR, L. O. F. de. ALVARENGA, K. K. F. C.; VIEIRA, R. F. M. R. **Proposta metodológica para o monitoramento e avaliação das regiões de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais [Online]**, 2009, colocado online no dia 01 Dezembro 2012, criado a 15 Julho 2015. Disponível em: <<http://rccs.revues.org/343>>. Acesso em: 28 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p.187-192, 2000.

\_\_\_\_\_. Pluralidade metodológica e interdisciplinaridade na pesquisa em serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 587-594, 2012.

SERAPIONI, M.; LOPES, C. M. N.; SILVA, M. G. C., Avaliação em saúde, in: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 2012. p. 533-537.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do programa saúde da família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4315-4326, 2011.

SERPA, S. M. H. C.; CALMON, P. C. P. Afinal de contas, por que avaliar? Resgatando o debate sobre utilização na avaliação de programas governamentais. In: ENCONTRO DA ENPAD, XXXIII. 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ENPAD, 2009.

SILVA, A. B. *et al.* A assistência do enfermeiro da atenção básica ao adolescente com dependência química. **R. Interd.**, v. 7, n. 4, p. 61-71, out./nov. 2014.

SILVA, C. L.; BASSI, N. S.; SCHMIDT; I. E. I. S. F. A Política de ciência, tecnologia e inovação no Brasil após 2000: contrapondo reflexões. **Economia & Tecnologia**, v. 7, v. 25, abr./jun. 2011.

SILVA, J. P.; **Concepção de avaliação da qualidade nos serviços de saúde.** Monografia (Especialização em Vigilância Sanitária) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

SILVA, L. M. V. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária In: COSTA, E. A. **Vigilância sanitária: temas para debate** [online]. Salvador: EdUFBA, 2009.

\_\_\_\_\_. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v. 4, n. 2, p. 331-339. 1999.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 1994.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da estratégia saúde da família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 692-705, dez. 2014.

SIMON, A. G.; BAPTISTA, T. W. F. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2227-2241, nov. 2011.

SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 237-246, jun. 2012.

SOUZA, L. G. S.; MENANDRO, M. C. S. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 517-539, 2011.

SOUZA, L. M.; PINTO, M. G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 14, n. 2, p. 374-383, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.11245>>. Acesso em: 5 maio 2016.

SOUZA, P. C.; SCATENA, J. H. G. Avaliação normativa: utilizando indicadores de produção para analisar um hospital no contexto do sistema local regional. **RAS**, v. 11, n. 43, abr./jun. 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, nov. 2011.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, dez. 2010.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011.

TAVARES, F. L.; LAIGNIER, M. R.; SILVA, M. Z.; DAROS, R. F.; LIMA, R. C. D. O SUS que temos e a informação como estratégia de (in)visibilidade. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 405-413, 2003.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, jan. 2004.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1561-1569, nov./dez. 2002.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; LUÍS, M. A. V. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 73-79, 2010.

VASCONCELOS, S. M.; BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2891-2900, dez. 2008.

VERARDINO, R. G. S.; ZERBETO, S. R. Padrão do uso de álcool por usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, supl. esp., p. 27-35, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. **Opin. Publica**, Campinas, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001.

VILLELA, W. V. *et al.* Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 25, n. 6, p.1316-1324. 2009.

WEISS, C. H. Toward the future of stakeholder approaches in evaluation. In: CONNER, D.; ALTMAN, G.; JACKSON, C. **Evaluation Studies Review Annual**, v. 9, Beverly Hills: Sage, 1983.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro, 2006. 208p. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

ZANIN, C. P. **A Hermenêutica de Hans-Georg Gadamer**. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8349](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8349)> Acesso em: 10 out. 2016.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE A – Roteiro de coleta de dados – entrevista aberta aos familiares dos usuários na APS

1. Dados de identificação

Nº da Entrevista: \_\_\_\_\_

Identificação: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco com o usuário: \_\_\_\_\_

2. Questões norteadoras:

Como é o atendimento ao usuário de drogas no serviço? (acesso, acolhimento, orientações, encaminhamentos)

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevistas com os profissionais da APS

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Entrevistador Responsável: \_\_\_\_\_

Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: (  ) Masc. (  ) Fem.

Escolaridade:

Ocupação:

Há quanto tempo faz tratamento neste serviço: \_\_\_\_\_

Local do acompanhamento:

Com quem mora:

Origem do encaminhamento:

### 2. Questões norteadoras

Como é o atendimento ao usuário de drogas na APS? (como ocorre o acesso, acolhimento, vínculo, intervenções, encaminhamentos)

Você já participou de alguma pesquisa relacionada ao assunto em sua prática na APS? Acha que os resultados foram aplicados?

## APÊNDICE C – Roteiro de entrevistas - gestores

Entrevistador Responsável: \_\_\_\_\_

Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: (  ) Masc. (  ) Fem.

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo faz tratamento neste serviço: \_\_\_\_\_

Local do acompanhamento: \_\_\_\_\_

Com quem mora: \_\_\_\_\_

Origem do encaminhamento: \_\_\_\_\_

### **1- Questões norteadoras**

Você possui algum conhecimento sobre as pesquisas sobre atenção ao usuário de drogas que são realizadas na cidade de Fortaleza?

Você já utilizou os resultados de alguma pesquisa? Caso negativo, quais as dificuldades?

Vocês já realizaram algum trabalho em articulação com as universidades?

## APÊNDICE D – Roteiro de observação

Acesso de usuários e familiares aos serviços

Acesso de usuários e familiares ao tratamento

Acolhimento de usuários de familiares

Relações familiares- usuários – profissionais

Recepção de usuários e familiares

Rotina da ESF

## APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido aos gestores

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM: OLHARES PLURAIS SOBRE SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA AS POLÍTICAS, ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA INTERFACE COM A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”, que tem como objetivo avaliar como as pesquisas em saúde e enfermagem contribuem para a construção de políticas, organização dos serviços e assistência à saúde na interface com a produção do cuidado na atenção primária.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista ou participar do grupo focal discutindo temas sobre a contribuição das pesquisas em saúde e enfermagem para a construção de políticas, organização dos serviços e assistência na interface com a produção do cuidado na atenção primária. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e o grupo focal. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo para você independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham sigilo do que se passar no grupo. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os gestores de educação e saúde, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, pesquisadores, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente.

Contatos com pesquisadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, Tel. (85) 3101-9891. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (85) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

---

### Termo de consentimento pós-esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza - CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

## APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido aos trabalhadores de saúde

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM: OLHARES PLURAIS SOBRE SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA AS POLÍTICAS, ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA INTERFACE COM A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”, que tem como objetivo avaliar como as pesquisas em saúde e enfermagem contribuem para a construção de políticas, organização dos serviços e assistência à saúde na interface com a produção do cuidado na atenção primária.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista ou participar do grupo focal discutindo temas sobre a contribuição das pesquisas em saúde e enfermagem para a construção de políticas, organização dos serviços e assistência na interface com a produção do cuidado na atenção primária. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e o grupo focal. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo para você independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham sigilo do que se passar no grupo. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os gestores de educação e saúde, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, pesquisadores, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente.

Contatos com pesquisadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, Tel. (85) 3101-9891. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (85) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE. ste termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

---

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza - CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

---

Participante

---

Pesquisador

## APÊNDICE G – Termo de consentimento livre e esclarecido aos usuários de saúde

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM: OLHARES PLURAIS SOBRE SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA AS POLÍTICAS, ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA INTERFACE COM A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”. Antes de decidir se quer participar, é importante que você entenda porque o estudo está sendo feito e o que ele envolverá, por isso descrevemos as informações neste documento. Você pode discutir qualquer coisa deste formulário com quem você se sentir a vontade de conversar. Você pode decidir se quer participar ou não depois de ter conversado sobre a pesquisa e não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente porque você ficou mais interessado ou preocupado. Por favor, peça que pare a qualquer momento e eu explicarei.

O objetivo do estudo é avaliar como as pesquisas em saúde e enfermagem contribuem para a construção de políticas, organização dos serviços e assistência à saúde na interface com a produção do cuidado na atenção primária. Você é quem decide se quer participar ou não deste estudo. Se decidir participar, você receberá esta folha de informações para guardar e deverá assinar um termo de consentimento. Se você não desejar fazer parte na pesquisa, não é obrigado. Ninguém ficará desapontado com você se você disser não, a escolha é sua. Você pode dizer “sim” agora e mudar de ideia depois e tudo continuará bem.

Sua colaboração nesta pesquisa é para responder a uma entrevista ou participar do grupo focal realizado com mais seis usuários do serviço. Os encontros para a entrevista ou grupo focal poderão ser realizados no próprio local de acompanhamento. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e o grupo focal. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no seu acompanhamento no CAPS/ESF independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos que poderão acontecer na entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Todas as informações serão mantidas em sigilo e seu nome não será revelado. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham sigilo do que se passar no grupo. Como benefício direto para você, será a disponibilização de informações geradas pelas pesquisas em saúde, contribuindo para subsidiar políticas que garantam a melhoria do atendimento recebido. Quando a pesquisa terminar nos comprometemos em fazer a devolutiva das informações ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado.

Este estudo foi revisado por um Comitê de Ética em Pesquisa, formado por um grupo que se reúne para avaliar os projetos e assegurar que os mesmos não trazem nenhum dano aos participantes das pesquisas. Nome: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará - UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (85) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE. Se você precisar de informações adicionais sobre a participação no estudo, sobre os seus direitos, ligue para a coordenadora da pesquisa Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, em Doutorado em Saúde Coletiva, Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE. Fone/Fax: (85) 3101.9891.

### Termo de consentimento pós-esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_  
tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza-CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

## APÊNDICE I – Termo de consentimento livre e esclarecido aos familiares cuidadores dos usuários dos serviços de saúde

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM: OLHARES PLURAIS SOBRE SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA AS POLÍTICAS, ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA INTERFACE COM A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”. Antes de decidir se quer participar, é importante que você entenda porque o estudo está sendo feito e o que ele envolverá, por isso descrevemos as informações neste documento. Você pode discutir qualquer coisa deste formulário com quem você se sentir a vontade de conversar. Você pode decidir se quer participar ou não depois de ter conversado sobre a pesquisa e não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente porque você ficou mais interessado ou preocupado. Por favor, peça que pare a qualquer momento e eu explicarei. objetivo do estudo é avaliar como as pesquisas em saúde e enfermagem contribuem para a construção de políticas, organização dos serviços e assistência à saúde na interface com a produção do cuidado na atenção primária. Você é quem decide se quer participar ou não deste estudo. Se decidir participar, você receberá esta folha de informações para guardar e deverá assinar um termo de consentimento. Se você não desejar fazer parte na pesquisa, não é obrigado. Ninguém ficará desapontado com você se você disser não, a escolha é sua. Você pode dizer “sim” agora e mudar de ideia depois e tudo continuará bem. a colaboração nesta pesquisa é para responder a uma entrevista ou participar do grupo focal realizado com mais seis familiares de usuários do serviço. Os encontros para a entrevista ou grupo focal poderão ser realizados no próprio local de acompanhamento. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e o grupo focal. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no seu acompanhamento no CAPS/ESF independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos que poderão acontecer na entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Todas as informações serão mantidas em sigilo e seu nome não será revelado. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham sigilo do que se passar no grupo. Como benefício direto para você, será a disponibilização de informações geradas pelas pesquisas em saúde, contribuindo para subsidiar políticas que garantam a melhoria do atendimento recebido. Quando a pesquisa terminar nos comprometemos em fazer a devolutiva das informações ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado.udo foi revisado por um Comitê de Ética em Pesquisa, formado por um grupo que se reúne para avaliar os projetos e assegurar que os mesmos não trazem nenhum dano aos participantes das pesquisas. Nome: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará - UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (85) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE. Se você precisar de informações adicionais sobre a participação no estudo, sobre os seus direitos, ligue para a coordenadora da pesquisa Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, em Doutorado em Saúde Coletiva, Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE. Fone/Fax: (85) 3101.9891.

### RMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_  
tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza-CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

APÊNDICE J – Termo de consentimento livre e esclarecido aos pesquisadores

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM: OLHARES PLURAIS SOBRE SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA AS POLÍTICAS, ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA INTERFACE COM A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”, que tem como objetivo avaliar como as pesquisas em saúde e enfermagem contribuem para a construção de políticas, organização dos serviços e assistência à saúde na interface com a produção do cuidado na atenção primária.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista ou participar do grupo focal discutindo temas sobre a contribuição das pesquisas em saúde e enfermagem para a construção de políticas, organização dos serviços e assistência na interface com a produção do cuidado na atenção primária. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e o grupo focal. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo para você independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham sigilo do que se passar no grupo. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os gestores de educação e saúde, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, pesquisadores, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente.

Contatos com pesquisadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, Tel. (85) 3101-9891. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (85) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

-----  
Termo de consentimento pós-esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza - CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

**ANEXO**

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer: 902.993

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



FORTALEZA, 27 de Maio de 2014

---

Assinado por:  
Ana Valeska Siebra e Silva  
(Coordenador)

Endereço: Av. Siqueira Munguba, 1750  
Bairro: Japeri CEP: 60.714-903  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-6690 Fax: (85)3101-6005 E-mail: [anavaleska@uece.br](mailto:anavaleska@uece.br)