



## Acolhimento de usuários de drogas em Unidade Básica de Saúde

### Drug users hosting in a Basic Health Unit

Daniel Goulart Rigotti<sup>1</sup>, Ana Paula Rigon Francischetti Garcia<sup>2</sup>, Natália Galvão Silva<sup>2</sup>, Thalita Mendes Mitsunaga<sup>2</sup>, Vanessa Pellegrino Toledo<sup>2</sup>

**Objetivo:** compreender o acolhimento a usuários de drogas em uma Unidade Básica de Saúde. **Métodos:** estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com 13 sujeitos em uma Unidade Básica de Saúde de um distrito de saúde. **Resultados:** após a análise temática, emergiram três categorias: Acolhimento como encaminhamento e fatores que determinam essa prática, evidenciando que fatores como sentimentos e características pessoais dos trabalhadores, falta de capacitação e percepção de menor resolutividade pelos profissionais de enfermagem sustentaram uma lógica de encaminhamento que evitava a responsabilização pelo cuidado, mantendo sua fragmentação; Acolhimento, vínculo e encaminhamento, em que vínculo e corresponsabilização eram incipientes nas práticas, dificultando o cuidado integral; e Acolhimento e modelos de atenção predominantes, mostrando que o acolhimento apoiava-se no modelo biomédico, porém observaram-se contradições entre modelos distintos e práticas. **Conclusão:** faz-se necessário superar o modelo biomédico, a partir da clínica ampliada e da reestruturação na formação profissional.

**Descritores:** Saúde Mental; Acolhimento; Usuários de Drogas; Atenção Primária à Saúde.

**Objective:** to understand the care of drug users in a Basic Health Unit. **Methods:** a qualitative study through semi-structured interviews with 13 subjects in a Basic Care Unit of a health district. **Results:** after thematic analysis, three categories were revealed: Home as routing and factors that determine the practice, showing that factors such as feelings and personal characteristics of workers, lack of training and awareness of lower resoluteness by nursing professionals held a routing logic avoided accountability for the care, keeping its fragmentation; Host, link and routing, in which bond and co-responsibility were incipient practices, hindering the comprehensive care; and Home and predominant care models, showing that the host supported on the biomedical model, but contradictions were observed between different models and practices. **Conclusion:** it is necessary to overcome the biomedical model, from the expanded clinic and restructuring vocational training.

**Descriptors:** Mental Health; User Embracement; Drug Users; Primary Health Care.

<sup>1</sup>Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

Autor correspondente: Vanessa Pellegrino Toledo

Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz. CEP: 13083-970 – Campinas, SP, Brasil. E-mail: vtoledo@unicamp.br

## Introdução

Instituído pela Constituição de 1988 e regulamentado pela lei 8080/90, o Sistema Único de Saúde visa garantir acesso à assistência integral e equitativa nos serviços públicos de saúde<sup>(1)</sup>. Constitui-se como um conjunto de ações e serviços em saúde, que tem por finalidade a promoção de maior qualidade de vida, avançando na consolidação de rede de cuidados articulada e que funcione de forma regionalizada, hierarquizada e integrada<sup>(1-2)</sup>.

A Atenção Básica é responsável por modelar os recursos do sistema, para que estes respondam de maneira apropriada às necessidades de saúde do país, por meio das Redes de Atenção à Saúde, que têm na Estratégia Saúde da Família a forma prioritária para sua reorganização, visto ter proporcionado significativa ampliação no alcance da assistência neste nível de atenção<sup>(2-3)</sup>.

Fundamentada no modelo sociocultural, em que a reabilitação psicossocial coloca-se como estratégia de ação, a Estratégia Saúde da Família pretende superar o modelo biomédico, restritivo e pouco resolutivo, mas ainda fortemente arraigado nas concepções coletivas e individuais de saúde-doença e na formação dos trabalhadores<sup>(4-5)</sup>.

É nas Unidades Básicas de Saúde que se estruturam as equipes da Estratégia Saúde da Família. Elas são a porta de entrada preferencial da Atenção Básica, para a inclusão e o início do tratamento na rede de saúde, visto que se distribuem na comunidade, com grande permeabilidade pelo território nacional, garantindo descentralização das ações em saúde<sup>(2)</sup>.

Na rotina de atendimentos das Unidades Básicas de Saúde, a aplicação prática dos princípios da Atenção Básica é pautada pela Política Nacional de Humanização, que pretende consolidar as redes e estabelecer vínculos entre os diversos atores do sistema, visando à corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores pelos cuidados em saúde<sup>(6)</sup>. Sua ação se dá transversalmente em toda a rede de serviços, constituída por sujeitos e coletivos, articulando

estes pressupostos e buscando garantir o direito de acesso aos serviços e à humanização nos atendimentos e nos processos de gestão<sup>(6)</sup>.

Como forma de atingir esses objetivos, o acolhimento foi incorporado como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, compreendido como atitudes da equipe de saúde que considerem as necessidades dos cuidados físicos e psicossociais, até a atenção resolutiva aos seus problemas, e também promover mudanças na própria estrutura dos serviços do Sistema Único de Saúde<sup>(7-9)</sup>. Nesse contexto, o acolhimento a usuários de drogas também deve passar por uma reorganização, a fim de promover ações descentralizadas e territorializadas, com a ampliação do acesso a essas pessoas e o fortalecimento da reabilitação psicossocial<sup>(4)</sup>.

Estima-se que 12,0% da população necessita de atendimento regular devido a problemas associados ao uso de drogas, porém, há evidentes dificuldades no acesso desses usuários às unidades de saúde, na implantação e na efetividade das práticas preventivas – prioridade para as ações da Atenção Básica<sup>(4,10)</sup>. Corroboram essa afirmação a constatação de elevação no consumo de álcool e outras drogas, e as dificuldades dos trabalhadores de saúde na detecção de problemas relacionados ao consumo dessas substâncias<sup>(4,11)</sup>.

As atuais políticas de saúde definem o cuidado com os usuários de drogas em todos os equipamentos que compõem a rede do Sistema Único de Saúde, com responsabilidades e ações diferentes, de acordo com seu nível de complexidade. A portaria 3.088/11 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, incorporando os princípios de outras políticas de saúde vigentes, com a finalidade de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promovendo o vínculo entre as pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas e suas famílias, que devem estar articulados para a assistência integral<sup>(12-13)</sup>.

Como estratégias para responder a esse modelo de atenção, a Rede de Atenção Psicossocial enfatiza a composição de equipes multidisciplinares, a articulação entre os serviços integrantes da rede, a forma-

ção permanente dos profissionais, a gestão compartilhada da assistência e o estímulo à participação dos cidadãos na elaboração e no acompanhamento das propostas definidas em cada território<sup>(3,12)</sup>.

Reconhecendo que a Unidade Básica de Saúde integra esta rede de cuidados, suas ações com os usuários de drogas, suas famílias e comunidade em que ela se insere devem, então, ser pautadas por uma proposta de reabilitação psicossocial, segundo a qual deve haver respeito às escolhas dos usuários e à sua singularidade, buscando auxiliar no processo de construção de sua cidadania<sup>(4)</sup>.

Este estudo entende o acolhimento como um dispositivo que deve garantir maior acesso dos usuários aos serviços de saúde, facilitar a constituição de vínculos entre trabalhadores e usuários por meio de escuta genuína das demandas, e possibilitar condições para produzir reflexões sobre os processos de trabalho, em uma perspectiva de cuidado integral, humanizado e resolutivo<sup>(7-10)</sup>.

Diante deste panorama, este estudo teve como objetivo compreender o acolhimento a usuários de drogas em uma Unidade Básica de Saúde.

## Métodos

Tratou-se de um estudo qualitativo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito de Saúde Norte de Campinas-SP, Brasil. Os dados foram coletados em julho de 2013, por meio de entrevistas semiestruturadas, pois, ao mesmo tempo em que a técnica de entrevistas permite aos entrevistados expor suas impressões subjetivas sobre o tema proposto, também orienta o entrevistador a não perder o foco do objetivo da entrevista, assegurando certa liberdade para aprofundar aspectos relevantes que surjam durante a coleta de dados<sup>(14)</sup>. As entrevistas utilizaram a seguinte pergunta norteadora: “Você já acolheu um usuário de substâncias psicoativas?” Em caso afirmativo, foi perguntado: “Como foi?”

As entrevistas foram realizadas por duas estu-

dantes de medicina previamente treinadas, sob orientação de um psicólogo mestrando em Saúde Coletiva, no próprio local de trabalho dos sujeitos, em consultórios que, naquele momento, não estavam sendo utilizados para atendimento da população, com duração média de 10 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Os sujeitos dessa pesquisa totalizaram 13 profissionais de saúde que realizavam o acolhimento na Unidade Básica de Saúde, identificados pelas letras do alfabeto, sequencialmente. Os critérios de inclusão foram trabalhar na Unidade Básica de Saúde cenário da pesquisa no momento da coleta de dados; e já ter realizado acolhimento a usuários de drogas.

O número de sujeitos do estudo foi considerado no intuito de desvelar o fenômeno para o pesquisador, buscando-se sua compreensão, que não é necessariamente proporcional à quantidade de sujeitos, mas à expressão das vivências dos participantes em relação ao acolhimento de usuários de drogas<sup>(15)</sup>.

Realizou-se análise temática dos dados enfocando as seguintes etapas: (1) pré-análise, para leitura exaustiva das transcrições, em que se fez uma “leitura flutuante” das entrevistas, realizando uma primeira separação e a organização do material produzido em campo, em unidades de sentido agrupadas por semelhanças entre si e sua relevância, buscando coerência interna entre elas; (2) exploração do material, quando se cuidou da releitura, fazendo novos e sucessivos reagrupamentos dos subgrupos, a partir das conexões percebidas entre as unidades de sentido, chegando, finalmente, a três categorias (acolhimento como encaminhamento e fatores que determinam essa prática; acolhimento, vínculo e encaminhamento; e acolhimento e modelos de atenção predominantes); e (3) tratamento e interpretação dos resultados à luz do referencial teórico e do cotejamento com a revisão bibliográfica realizada<sup>(14)</sup>.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## Resultados

Na Unidade Básica de Saúde estudada, o acolhimento era desenvolvido exclusivamente pelos profissionais de enfermagem, e foi possível desvelar três categorias, apresentadas a seguir:

### Acolhimento como encaminhamento e os fatores que determinam essa prática

Nos achados deste estudo, encontramos diferentes condutas dos profissionais durante o acolhimento em relação às questões trazidas por usuários de drogas, mas todas tinham como finalidade encaminhá-lo a outro profissional ou a outra equipe, sob a influência de três fatores determinantes para que o acolhimento fosse realizado como encaminhamento.

O primeiro fator seria a interferência dos sentimentos que surgiam durante e em decorrência do acolhimento, além de características pessoais dos profissionais: *O paciente às vezes pode reagir de uma forma inesperada, não gostar, se a fala não partiu dele entendeu? E a gente fica assim, dá certo receio de perguntar (G). Muito triste porque a gente não tem muito o que fazer com o paciente, não é? Não tem assim um serviço imediato para encaminhar, tem muita dificuldade para que eu encaminhe esse paciente (E). Eu não tenho muita paciência, assim, não gosto muito mesmo. Não é muito a minha praia atender. Se eu tiver outra pessoa que pode fazer essa parte, eu prefiro (L).*

O segundo fator foi a necessidade do profissional por capacitação para atender esse tipo de demanda, identificada pela falta de discussões ou cursos específicos para abordagem ao usuário de drogas: *Às vezes um treinamento, uma capacitação que desenvolva mais esse tema. Talvez uma capacitação, um treinamento, talvez melhorasse (G). É muito pouco trabalhada essa questão das substâncias psicoativas, então você já vem com um certo... já não vem muito preparado e aqui você não tem tanto, assim, treinamento para isso (L).*

E, finalmente, o terceiro fator, foi a percepção de que seu trabalho tinha menos resolutividade e eficácia do que o dos profissionais de saúde mental: *A gente encaminha para um psicólogo, para o terapeuta, para o psiquiatra, que são os profissionais que dão o acolhimento ideal para esses pa-*

*cientes (I). Aí, depois, com os psiquiatras, tem uma abordagem mais integral, se tem interesse em fazer tratamento, acompanhamento ou não, fica mais com o pessoal da mental mesmo (K). Eu encaminhei para a psicóloga, porque eles atendem num ambiente mais privativo, acompanham melhor (M).*

### Acolhimento, vínculo e encaminhamento

Outro achado importante foi que a forma de acolher não favoreceu a constituição de vínculo entre profissional e usuários de drogas: *A gente já passa para o enfermeiro que chama o médico para dar o atendimento; então a gente não tem muito vínculo com o paciente, daí já encaminha para o psiquiatra, para o psicólogo (A). Dá o encaminhamento de acordo com o que ele quer, porque ele chega e pede 'eu quero isso', aí a gente tenta agilizar aquilo que ele está querendo (B).*

Observamos que os profissionais encaminharam burocraticamente, sem aproximação com a demanda do usuário e sem a expectativa de retorno desse encaminhamento: *Dar um seguimento, e não falar 'não precisa nem passar comigo, é só encaminhar, só orienta em ir a tal endereço' e daí ninguém sabe se o paciente foi, se o paciente não foi, se está usando droga ainda, se não está (A).*

Além disso, não identificamos a responsabilização pela continuidade do acompanhamento do usuário quando ele era encaminhado para outro serviço: *Dependente de álcool, pedindo ajuda de internação e aí eu referenciei ela para o Centro de Atenção Psicossocial porque não tinha ninguém da Saúde Mental, das psicólogas ou das psiquiatras aqui (C).*

Percebemos também que o estado de saúde do usuário de drogas na chegada à Unidade Básica de Saúde foi determinante para a forma como se daria o acolhimento: *Ou às vezes já aconteceu de o paciente chegar convulsionando aqui no centro de saúde e ir direto à observação (H). Quando eles chegam em um estado assim, totalmente alcoolizados, ou drogados mesmo, eles vão direto para a observação, e nem passam na equipe. Às vezes está numa overdose tal, eles vão direto para lá, e a gente nem tem contato com eles (B).*

Entretanto, ainda observamos a percepção do acolhimento como possibilidade de interação, mas impossível de se realizar se o usuário estivesse intoxicado: *Os que vêm em crise mesmo, a gente faz a intervenção mais*

*clínica porque geralmente a gente também não consegue acolher, assim, direito, conversar, porque ele está no meio da crise (L).*

Alguns discursos, entretanto, revelaram práticas em que o encaminhamento era realizado de forma mais implicada, mas ainda insuficiente para a superação do modelo biomédico: *Eu fiz uma cartinha de encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial ad, que tem o horário livre, que ela pode chegar a hora que quiser, eu fiz uma referência e expliquei um pouquinho do caso (C). A gente acompanha os casos, não é? A gente discute casos com o pessoal da mental, mas a gente não acompanha assim os pacientes, não é? Geralmente sempre encaminha para o pessoal da mental (K).*

### **Acolhimento e modelos de atenção predominantes**

Os profissionais utilizaram mais de um modelo para analisar a situação de dependência de drogas, a saber, o biomédico e o psicossocial. Observamos essa contradição em toda a prática terapêutica do profissional durante o acolhimento, da abordagem inicial ao encaminhamento: *Aqui a gente acaba tendo que dispensar paciente porque não tem o que fazer por ele, não tem agenda médica, ou os médicos estão de férias em tal período, é complicadíssimo (M). Alguma coisa a gente percebe que ele está buscando uma ajuda, um suporte, alguma coisa, um sentido (G).*

De acordo com o modelo biomédico, observamos que o acolhimento priorizou a coleta de informações clínicas pela interrogação das queixas e busca por sintomas: *Mas aí você começa a fazer algumas perguntas para diagnosticar ou entender o que está acontecendo ali no momento (H). Geralmente a gente vê o risco do paciente, analisa os sinais vitais e aí discute com os médicos (K).*

Nesta busca por sinais e sintomas, notamos que a equipe de enfermagem tentou estabelecer e seguir um padrão de investigação durante o acolhimento, observando sintomas físicos e fazendo o registro desses sinais, e priorizando esta última ação: *Só anotar os sintomas que ele está sentindo. Que tipo de droga que ele usou, se ele mistura com outra coisa, bebida. Eles geralmente chegam aqui passando mal, com taquicardia, sintomas de quem usou bastante (A).*

Além disso, houve tentativas de resolver a demanda com oferta de fármacos: *Chegam com uma*

*queixa, a gente tenta resolver, passa para o médico, do médico eles saem, pegam o remédio na farmácia daqui mesmo, aí eles saem e vão embora (B).*

Apoiados no modelo psicossocial, encontramos relatos que indicaram a realização de acolhimento em que houve disponibilidade para escuta, porém ainda preocupado em identificar o uso de drogas: *Assim, a gente tem que primeiro escutar. Porque chegam já falando o que eles querem. Então você escuta (D). A gente sabe que é usuário, pelo comportamento, por relato da família, mas eles não se dizem usuários, nem que vieram buscar ajuda para isso (M).*

### **Discussão**

Nos achados deste estudo, encontramos diferentes condutas dos profissionais durante o acolhimento de usuários de drogas e todas tinham como finalidade encaminhá-los a outro profissional ou outra equipe. Resultados semelhantes demonstraram o acolhimento como um procedimento burocrático, excludente e pouco relacionado com os princípios de integralidade e universalidade, limitando-se à triagem para inserção em agendas programadas e não respondendo às demandas subjetivas que se apresentavam naquele momento<sup>(4,8,10)</sup>. Desta forma, não se garantiram o cumprimento do princípio da resolatividade e nem a função de responsabilização integral e ordenadora da rede, apontada pela atual política para a Atenção Básica<sup>(1-2)</sup>.

Quanto aos três fatores que influenciam no acolhimento, conduzindo à prática do encaminhamento sem corresponsabilização, o primeiro corresponde a sentimentos e características pessoais dos profissionais, o que pode trazer sofrimento e induzir a uma limitação autoimposta no trabalho dos profissionais de enfermagem<sup>(10)</sup>.

Partindo-se do pressuposto de que há uma relação intersubjetiva entre os sujeitos no cuidado de enfermagem, considera-se que ela é permeada por experiências anteriores de ambos e, quando se está diante de um usuário de drogas, sentimentos como o medo podem surgir nos profissionais articulados aos

preconceitos construídos pelo estigma histórico da doença mental, podendo levar a uma recusa ao cuidado, expressa pelo encaminhamento<sup>(5,10,16)</sup>.

Observou-se que os sentimentos que poderiam produzir maior compreensão, por parte do profissional, de sua relação junto ao usuário, tornaram-se um distanciador. Assumir a subjetividade como parte inerente do trabalho poderia ter como efeito aliviar o sofrimento, e produzir condições para a autonomia do profissional e para qualificar o acolhimento para cuidados em saúde mais próximos às diretrizes de políticas apoiadas no modelo sociocultural, bem como melhorar a qualidade dessa relação<sup>(10)</sup>.

O segundo fator corresponde à necessidade referida pelos profissionais de capacitação para atender esse tipo de demanda, mostrando que essa percepção remonta a défices na formação profissional, ou seja, à ideia de que o trabalhador de enfermagem não está preparado para atender essa demanda específica, caracterizando a falta de preparo técnico como um dos elementos que pode dificultar o acesso e a atenção às demandas dos usuários de drogas<sup>(4,9-10)</sup>.

Mesmo com as mudanças propostas para os currículos de graduação em enfermagem, em uma perspectiva mais alinhada com a concepção de saúde integral, as instituições formadoras ainda sustentam em seus currículos o modelo biomédico, fragmentado em especialidades, o que resulta em dificuldades quando se entra no mercado de trabalho organizado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde<sup>(5,10,17)</sup>.

A formação continuada dos profissionais apresenta-se como uma estratégia fundamental para o enfrentamento dessa problemática, propondo o rompimento das barreiras entre os núcleos de saber, com o objetivo de produzir outras relações entre os sujeitos, trabalhadores e usuários, como protagonistas no cuidado em saúde<sup>(6)</sup>. Este protagonismo poderia ser conquistado pelo estímulo à problematização das experiências dos trabalhadores de saúde, coletivamente, construindo estratégias contextualizadas que aproximem as políticas e a realidade singular dos territórios e dos sujeitos, o que teria potência para transformar a

realidade dos serviços e das práticas, na perspectiva de um planejamento ascendente das ações<sup>(2,6,10)</sup>.

Destaca-se a necessidade de proporcionar aos alunos de graduação a vivência no cotidiano dos serviços, durante o período de formação, trazendo para os futuros profissionais uma perspectiva mais realista do conhecimento científico e do que se espera dele na prática nos serviços<sup>(5)</sup>. Além disso, historicamente, a constituição do trabalho da enfermagem se dá em uma formação tradicional, que privilegia uma cultura de subordinação, com descrição obscura das atribuições para cada nível hierárquico<sup>(16-17)</sup>.

No contexto de hierarquização da relação entre as profissões de saúde, com sobreposição do saber médico aos demais, destacadamente o da enfermagem, concorda-se com a noção de empoderamento como sinônimo de poder compartilhado e promotor de transformações individuais e coletivas, estimulando a reciprocidade, a criatividade, a expansão do conhecimento e a conscientização<sup>(10,16,18)</sup>. Nos resultados deste estudo, reconhece-se que a necessidade de capacitação articula-se com maiores condições de empoderamento, para desenvolver uma prática sustentada pela produção de conhecimento<sup>(8,10,16)</sup>.

O terceiro fator, perceber os profissionais de saúde mental como mais resolutivos e eficazes que os da enfermagem, evidenciou que os profissionais de enfermagem não reconhecem como seu campo de atuação a busca efetiva por soluções para as demandas dos usuários de drogas, delegando essa responsabilidade para outros profissionais, que são considerados por eles como mais competentes para acolher as questões relacionadas à saúde mental<sup>(10)</sup>.

Somando-se aos fatores da subjetividade dos profissionais e da formação insuficiente, essa situação também pode ser decorrente da forma como a equipe multiprofissional se constitui e opera no cotidiano, pois observamos que os profissionais do acolhimento não trabalham de forma integrada com as equipes, como preconizado pela Estratégia Saúde da Família<sup>(8-9)</sup>. Esta pretende que as diversas profissões compartilhem conhecimentos na perspectiva da inter-



disciplinaridade e, a partir daí, produzam novas ações, que contemplem a integralidade do cuidado<sup>(2,18)</sup>.

A diversidade das práticas e dos saberes de cada núcleo profissional seria o escopo para a produção de cuidado em saúde mais afinados com as políticas atuais, a exemplo da Rede de Atenção Psicossocial. Então, multiprofissionalidade não denota necessariamente a interdisciplinaridade, pois, apesar de trazer a vantagem de incrementar possibilidades terapêuticas, pode induzir um processo de parcelamento do cuidado e de fragmentação do trabalho nos serviços, abandonando o princípio da integralidade na Atenção à Saúde, como observado neste estudo<sup>(1,17)</sup>.

Uma possibilidade para garantir a integralidade e corresponsabilização é o apoio matricial, como estratégia da Rede de Atenção Psicossocial, para que haja circularidade do conhecimento específico de cada núcleo profissional – mas que não foi citada por nenhum dos entrevistados como recurso para reorganização de sua prática, apesar de ser bastante difundido na saúde mental de Campinas<sup>(3,12,17-18)</sup>. O apoio matricial prevê que os profissionais especialistas estejam em contato direto com as equipes da Atenção Básica, em uma relação horizontal e que, juntos, estabeleçam novas estratégias de ação para os problemas complexos, dando suporte técnico e assistencial às equipes<sup>(17-18)</sup>.

Encaminhar o usuário de drogas sem se responsabilizar por ele compromete o estabelecimento do vínculo, compreendido como um agenciador de trocas de saberes que resulta na realização de atos terapêuticos pautados nas sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo a integralidade da atenção<sup>(19)</sup>. Neste estudo, a voz do usuário apareceu de forma solicitante, e o profissional buscou atender a solicitação realizada, sem uma leitura crítica do pedido. É esperado que os profissionais possam ter uma atitude de compreensão do contexto trazido, estabelecendo um diálogo que possa ressignificá-lo<sup>(7-8)</sup>.

Diferente do preconizado na Política Nacional de Humanização, os resultados mostraram que o profissional se exime da responsabilidade do cuidado

quando faz o encaminhamento, sem ter esgotado as possibilidades terapêuticas e diagnósticas presentes no acolhimento, e impede também, ao usuário, a corresponsabilização, como seria o esperado<sup>(6-8,10-11,19)</sup>.

A construção do vínculo possibilita que o usuário tenha maiores participação e autonomia no processo de decisões sobre sua saúde, pois este conceito se caracteriza pela construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador, o que está diretamente ligado à relação de corresponsabilização pela saúde<sup>(2,8,18)</sup>.

Os resultados mostraram que, se o usuário de drogas estivesse intoxicado ou em situação crítica no momento do acolhimento, este fato foi decisivo para que o acolhimento não se realizasse como preconizado, na unidade estudada. Mais que o reconhecimento de uma condição momentânea do usuário de drogas que o incapacita para o diálogo, a percepção de que a sala de observação e o usuário intoxicado são incompatíveis com a prática do acolhimento parece se apoiar na compreensão do processo saúde-doença, concebido a partir do modelo biomédico.

Dessa forma, não identificamos um compartilhamento da ação, mas sim atitudes isoladas e desarticuladas, inviabilizando a lógica de cuidado pautada pela atenção integral e transdisciplinar<sup>(6,19-20)</sup>. Em consequência, os problemas de saúde são tratados de forma fragmentada e desconectados da experiência do sujeito, o que não proporciona a constituição de redes sustentadas nas necessidades dos usuários<sup>(8,13)</sup>.

Uma resposta ao cuidado fragmentado é o fortalecimento das linhas de cuidado, em que o eixo central são o usuário e seu projeto terapêutico singularizado, construído na perspectiva de suas necessidades individuais e sua rede de suporte clínico e social, sob coordenação da equipe da Atenção Básica<sup>(13,19)</sup>. As ações dos diversos serviços, inclusive intersetoriais, se necessários, devem ser articuladas em rede por meio de um fluxo de referências gerenciado pela equipe da Unidade Básica de Saúde, constituindo as linhas de cuidado, conformando redes de atenção não hierarquizadas, construídas no cotidiano dos serviços em

acordos que se estabelecem entre os sujeitos a partir da realidade dada no próprio momento do encontro, o que se caracteriza como um trabalho vivo em ato, tecendo, assim, redes vivas<sup>(6,12-13)</sup>.

Entretanto, a despeito da conduta que visa prioritariamente ao encaminhamento, evitando algum tipo de responsabilização, olhares empáticos foram observados. Empatia é compreendida como a capacidade de o sujeito considerar e identificar os afetos no outro, percebendo a situação como se estivesse no lugar de quem a experimenta. Essa atitude demanda que o profissional perceba as manifestações explícitas ou contraditórias do sofrimento de outrem, procurando não permitir que seus valores interfiram nesse processo<sup>(10)</sup>.

Os achados deste estudo apontaram para uma relação empática que embasou a responsabilização profissional e a formação de vínculo entre os envolvidos no processo de acolher<sup>(9)</sup>. Isso favoreceria o compartilhamento do cuidar, em sua versão mais ampla, influenciando positivamente na relação de cuidado. Essa perspectiva multidimensional e integral do sujeito caracteriza a clínica ampliada, em contraposição à clínica característica do modelo biomédico, voltada para sinais e sintomas<sup>(20)</sup>. Dessa forma, a despeito da forte influência do modelo biomédico, percebemos a tendência de certos profissionais em estabelecer a prática terapêutica de forma integral<sup>(10)</sup>.

Os dois modelos de atenção em ação observados sustentam-se em diferentes raízes teórico-epistemológicas e se desdobram em perspectivas metodológicas contraditórias de intervenção. O modelo biomédico pode ser influenciado pela concepção biopsicossocial da dependência, porém a intervenção calcada nessa perspectiva torna-se limitada, ao se reduzir o sujeito à sua doença. Já o modelo psicossocial surge como prerrogativa para ampliar as questões relacionadas ao uso de drogas para além das variáveis químicas; sua ênfase se dá na prevenção e realiza-se no contexto do usuário de drogas, buscando modificar seu padrão de uso da droga, priorizando o controle dos danos decorrentes do uso<sup>(4)</sup>.

Os discursos indicaram uma forma de cuidado reducionista e patologizante do usuário de drogas, com ações voltadas para contenção medicamentosa dos sintomas, de acordo com o modelo biomédico, e em sintonia com a ênfase na medicalização presente na psiquiatria, trazendo dificuldades para a percepção do processo saúde-doença multideterminado e inviabilizando as políticas de atenção aos usuários de drogas atuais do Brasil, no que diz respeito à integralidade, e para a organização da atenção na perspectiva da rede viva com as Rede de Atenção Psicossocial<sup>(1,4,12)</sup>.

Esta perspectiva de tratamento traz a discussão da humanização da assistência, porém não supera a prática fragmentada dominante no acolhimento, em que este é considerado procedimento, causando sobrecarga e sentimento de incapacidade para o profissional<sup>(8,10)</sup>.

A contribuição deste estudo perpassa a necessidade de reafirmar o desafio de enfrentar a contradição teórica apresentada no acolhimento, entre a formação dos profissionais e as propostas das políticas públicas de saúde, buscando a reafirmação da integralidade, princípio do Sistema Único de Saúde e do acolhimento, como uma relação entre usuário e trabalhador de saúde que produza sujeitos responsáveis por sua própria história. A partir dos resultados encontrados, o exercício da clínica ampliada e o maior empoderamento dos trabalhadores de enfermagem nos processos de gestão do cuidado continuam como desafios a serem enfrentados no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde.

## Conclusão

Este estudo identificou que o modo de fazer o acolhimento a usuários de drogas nesta Unidade Básica de Saúde o reduziu a um procedimento para os profissionais de enfermagem, e confundiu-se com o encaminhamento. Fatores como sentimentos e características pessoais dos trabalhadores, falta de capacitação para atendimento a essa população específica e uma percepção de que profissionais de saúde mental



seriam mais resolutivos e adequados que os de enfermagem produziram uma lógica de encaminhamento que evita a responsabilização pelo cuidado e mantiveram a fragmentação dos cuidados de saúde.

Revelou-se o frágil empoderamento dos profissionais de enfermagem nas equipes multiprofissionais e os efeitos de uma formação ainda calcada no modelo biomédico, que reproduz modos verticais e hierarquizados de relacionamento profissional. Encontrou-se um paradoxo entre a pouca disponibilidade para o contato com o usuário de drogas por parte de alguns profissionais e de algumas tentativas de estabelecimento de vínculo com estes usuários por outros, a partir de uma relação empática, evidenciando uma contradição no modo de fazer o acolhimento desses profissionais e dificultando a constituição de redes vivas de cuidado.

## Colaborações

Rigotti DG contribuiu para a concepção, análise e interpretação dos resultados e redação do artigo. Silva NG e Mitsunaga TM contribuíram para a concepção, coleta dos dados, análise, interpretação dos resultados e redação do artigo. Garcia APRF e Toledo VP contribuíram para a concepção, análise e interpretação dos resultados e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estud Av.* 2013; 27(78):7-26.
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud Av.* 2013; 27(78):27-34.
4. Schneider DR, Lima DS. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psico.* 2011; 42(2):168-78.
5. Oliveira LRM, Carvalho CD, Carvalho CMS, Silva Junior FJG. O ensino da saúde mental para enfermagem: uma revisão da literatura. *R Interd.* 2013; 6(2):152-9.
6. Pasche DF, Passos E, Hennington ÉA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(11):4541-8.
7. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(8):2071-85.
8. Tintori JA, Helmo FR, Simões ACA, Resende L, Rodrigues LDPC, Goulart BF. The meaning and the practice of hosting for the workers of the family health strategy. *Rev Enferm UFPE on line.* [Internet]. 2014 [cited 2015 sep 05]; 8(5):1101-9. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5863/pdf\\_4985](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5863/pdf_4985)
9. Borges JDM, Silva LAA. The reception in basic health care: knowledge and practices. *Rev Enferm UFPE on line.* [Internet]. 2015 [cited 2015 sep 05]; 9(5):7887-94. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6543/pdf\\_7824](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6543/pdf_7824)
10. Sucigan DHI, Toledo VP, Garcia APRF. Acolhimento e saúde mental: desafio profissional na Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene.* 2012; 13(1):2-10.
11. Schneider JF, Roos CM, Olschowsky A, Pinho LB, Camatta MW, Wetzell C. Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(3):654-61.
12. Ministério da Saúde (BR). RAPS - rede de atenção psicossocial [Internet]. 2014 [citado 2015 ago 12]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>
13. Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de atenção psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis.* 2014; 24(1):253-71.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.

15. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(3):613-19.
16. Salvador PTCO, Alves KYA, Martins CCF, Santos VEP, Tourinho FSV. Reasons for empowerment in nursing: reflections in light of Alfred Schutz. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(4):1014-25.
17. Medeiros CS, Carvalho RN, Cavalcanti PB, Salvador AR. O processo de (des)construção da multiprofissionalidade na atenção básica: limites e desafios a efetivação do trabalho em equipe na estratégia saúde da família em João Pessoa-PB. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2011; 15(3):319-28.
18. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc*. 2011; 20(4):961-70.
19. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da saúde mental - tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(7):3051-60.
20. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface Comun Saúde Educ*. 2014; 18(Supl. 1):983-95.