

**A PERCEÇÃO PROFISSIONAL E COMUNITÁRIA SOBRE A REINserÇÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DE DROGAS**  
*PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES Y LÍDERES COMUNITARIOS SOBRE LA REINserCIÓN SOCIAL DE LOS USUARIOS DE DROGAS*  
*THE PROFESSIONAL AND COMMUNITY PERCEPTIONS OF SOCIAL REINserTION OF DRUG USERS*

**Fernando Santana de Paiva, Maira Leon Ferreira, Maria Zilda Fernandes Martins, Selma Luísa César de Farias Barros e Telmo Mota Ronzani**  
*Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora/MG, Brasil*

---

## RESUMO

O processo de reinserção social de usuários de substâncias psicoativas tem se configurado como uma das principais estratégias da Política Nacional sobre Drogas. Haja vista que o uso de substâncias emerge como um dos principais problemas de saúde pública na atualidade, o presente artigo teve como objetivo compreender as percepções dos atores sociais inseridos nas políticas da saúde, assistência social e lideranças comunitárias acerca do processo de reinserção social dos usuários de drogas. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, onde foram realizadas doze entrevistas semiestruturadas com diferentes informantes-chave, inseridos em um território com elevados indicadores de uso de drogas. Os resultados apontam para os desafios no processo de inserção efetiva dos usuários de drogas em razão da existência de uma rede assistencial multissetorial, um profundo processo de estigmatização social, a naturalização do uso de drogas, a responsabilização da família, além da sobrecarga de trabalho nas políticas públicas.

**Palavras-chave:** reinserção social; drogas; políticas públicas.

## RESUMEN

El consumo de drogas es uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad. Como un paso clave en el tratamiento al usuario de drogas, la reinserción social se ha configurado como una de las principales estrategias de la Política Nacional sobre Drogas. Por esta razón el objetivo de este artículo es conocer las percepciones de los actores sociales insertados en las políticas de salud, asistencia social y líderes comunitarios sobre el proceso de reinserción social de los usuarios de drogas en la comunidad. Fue realizada una investigación de naturaleza cualitativa, habiendo sido llevado a cabo 12 entrevistas semi-estructuradas con actores sociales ubicados en un territorio con alta prevalencia de consumo de drogas. Los resultados apuntan los desafíos en el proceso de inserción de los usuarios de drogas debido a la existencia de una red de atención multisectorial, un profundo proceso de estigmatización social, la naturalización del consumo de drogas, la rendición de cuentas de la familia y la sobrecarga de trabajo en las políticas públicas.

**Palabras clave:** reinserción social; drogas; políticas públicas.

## ABSTRACT

The process of social reinsertion of users of psychoactive substances has been marked as one of the main strategies of National Drug Policy in Brazil. Considering that substance use is emerging as a main public health problems in the present, this paper aims to understand the perceptions of social actors embedded in the policies of health, social care and community leaders about the process of social reinsertion of drug users. This is a qualitative research, where were made twelve semi-structured interviews with different key informants, entered into a territory with high indicators of drug use. The results point to the challenges in the process of effective integration of drug users because the existence of a multisectoral care network, a profound process of social stigmatization, naturalization of drug use, accountability family, beyond the workload in public policy.

**Keywords:** social reinsertion; drugs; public policy.

---

## **Introdução**

### *O tratamento do álcool e outras drogas na atualidade*

De acordo com Gil e Ferreira (2008), o uso de drogas é um fenômeno recorrente e disseminado em diferentes momentos da história da humanidade. Entretanto, os modos pelos quais sua existência é concebida e vivenciada variam em razão de inúmeros determinantes sociais, históricos e culturais. No mundo contemporâneo, o uso de drogas passou a ser classificado enquanto lícito ou ilícito. Portanto a venda e o consumo de um grupo de substâncias psicoativas passaram a ser proibidos. Ao iniciar este proibicionismo instalou-se uma luta contra as drogas em que se delimitou o uso de drogas lícitas enquanto positivo e o uso ilícito como negativo (Fiore, 2012).

O uso de drogas também vem ganhando destaque na cena e nos debates públicos. Isso porque ainda que o uso e suas consequências possam variar para cada indivíduo, ao longo dos anos observou-se que o uso pode vir a acarretar diversos danos secundários para a vida do sujeito, a julgar pelas consequências nocivas para a saúde e/ou em alguns casos prejuízos nas esferas afetiva, educacional, produtiva, econômica e social (Pinho, Oliveira, & Almeida, 2008).

Conforme sinalizado anteriormente, os determinantes que levam o usuário ao consumo abusivo de drogas possuem diversas origens, apresentando diferentes vetores que podem envolver aspectos socioeconômicos, socioculturais, psicológicos e biológicos. Nessa perspectiva, coloca-se a necessidade de formulação de políticas públicas que atendam às diferentes demandas que se fazem necessárias (Ministério da Saúde, 2003).

Contudo, em se tratando de políticas relacionadas a álcool e outras drogas, o Brasil adotou, em sua maioria, práticas focadas no alcance da abstinência (Ministério da Saúde, 2003). Além disso, vale ressaltar que, durante um longo espaço de tempo, predominou o paradigma do tratamento médico-jurídico, em que os recursos terapêuticos usados tinham mais a função de punir do que de tratar (Moraes, 2008).

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) e em meio à Reforma Psiquiátrica Brasileira, o campo da saúde mental sofre alterações que vão desde suas concepções até as formas de tratamento. Uma consequência deste processo que bem caracteriza a referida mudança de paradigmas é o abandono das práticas centradas na lógica hospitalocêntrica e a ascensão de um conjunto de práticas voltadas para a inclusão social dos pacientes, cuja demanda

perpassa pelo campo da saúde mental, destacando-se, sobretudo, os usuários de álcool e outras drogas (Pinto & Ferreira, 2010).

Este movimento é consolidado em 2003, com a formulação da Política Nacional Sobre Drogas. É a partir desse documento que se institui uma nova lógica de tratamento aos usuários de álcool e outras drogas no SUS. São criados dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas – CAPSAD, considerados como a principal estratégia de tratamento para dependentes. Esses centros são os responsáveis por promover as ações no campo da redução de danos, tratamento e reinserção social como também em organizar a rede que compõe a atenção aos usuários (Ministério da Saúde, 2003).

Em documentos da Política Nacional Sobre Drogas (Ministério da Saúde, 2004) é explícita a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços sociais e de saúde, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários. É ainda considerado que a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou problemas do uso decorrente de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Entretanto, tendo em vista a necessidade do fortalecimento do novo paradigma em torno da atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, bem como o alcance do desenvolvimento das ações previstas pela Política Nacional Sobre Drogas, a consolidação dessa política ainda se coloca enquanto um desafio (Moraes, 2008).

### *Reinserção social x reabilitação psicossocial*

No cenário de consolidação de novos saberes e práticas relacionadas ao uso abusivo de substâncias psicoativas, emerge, no campo político e técnico, a ideia da reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas. A Política Nacional sobre Drogas (Ministério da Saúde, 2003) defende a garantia do tratamento, da recuperação e da reinserção social, pontuando que na etapa da recuperação deve-se destacar e promover ações de reinserção familiar, social e ocupacional. Com o mesmo direcionamento, Duarte (2011) afirma que reinserção social trata-se de um processo longo, gradativo e dinâmico que deve ocorrer simultaneamente ao tratamento, visando a contribuir para que o sujeito exerça com plenitude o seu direito à cidadania.

De acordo com o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID (Ministério da Justiça, 2007), o processo que se impõe à vida do indivíduo que estabelece uma relação de risco com algum tipo de droga pode vir a ser o de exclusão social. Esse processo se caracteriza por uma dinâmica de privação devido à falta de acesso aos sistemas sociais, como o trabalho, justiça, cultura, educação e saúde, entre outros. Isto significa que uma parcela de usuários que sofrem danos ou riscos associados ao uso de drogas, sejam elas de caráter legal ou ilegal, pode começar aos poucos a apresentar problemas sociais de diferentes aspectos, sejam eles familiares, financeiros, profissionais, médicos, psicológicos ou comunitários e, portanto, necessita ser novamente inserida em um contexto social capaz de prover meios adequados de suporte para o restabelecimento de sua saúde e qualidade de vida. Vale ressaltar que em muitos casos o exercício da cidadania para o paciente em recuperação significa o estabelecimento ou resgate de uma rede social inexistente em sua vida (Ministério da Justiça, 2007).

Considerando a complexidade do tema e o limite tênue, mas fundamental, para o desenvolvimento de ações mais efetivas de inclusão e reinserção social, alguns estudos têm apontado que, no contexto da prática profissional, a prerrogativa da reinserção social tem encontrado barreiras em se consolidar, haja vista a adoção por grande parte dos profissionais e dos dispositivos de cuidado da noção de reabilitação como sendo a única via possível de tratamento.

É importante ressaltar que, segundo Pitta (1996), a reabilitação psicossocial pode ser considerada como uma etapa que compõe a reinserção social, uma vez que ações de reabilitação psicossocial não abrangem a totalidade das questões que permeiam a Política Nacional sobre Drogas (Ministério da Saúde, 2003). Nesse sentido, o conceito apresentado pela *Internacional Association of Psychosocial Rehabilitation* deve ser compreendido apenas como:

o processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível de autonomia, do exercício de suas funções na comunidade. ... O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo. (Pitta, 1996, p. 19)

Sendo assim, esse procedimento deve ser analisado de maneira criteriosa nos processos de trabalho na área de álcool e outras drogas, não sendo confundido com o que estamos denominando de reinserção social.

Ao equiparar os conceitos, o fazer profissional pode contribuir para uma redução do social ao individual, adotando-se medidas que se encerram em dinâmicas subjetivistas do paciente e não englobam de maneira alguma os determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais que estão diretamente relacionados ao consumo de drogas na sociedade moderna, bem como na constituição do próprio sujeito (Moraes, 2008; Pinho et al., 2009; Saraceno, 1996).

Observa-se que dentro das pesquisas e trabalhos acadêmicos que envolvem a temática de álcool e outras drogas ainda são incipientes as bibliografias voltadas para o estudo da reinserção social de usuários de álcool e outras drogas. Diante disso, há uma relevância acadêmica de pesquisas relacionadas ao tema. Salvo a proposta de reinserção social como uma prática intersetorial e centrada na comunidade, a pesquisa objetivou investigar quais são as percepções e dinâmicas de trabalho dos profissionais da assistência social (Centro de Referência da Assistência Social - CRAS) e da saúde (Estratégia de Saúde da Família - ESF), bem como dos líderes comunitários acerca do processo de reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas no contexto da Vila Gerônimo, do município de Juiz de Fora.

## Método

### *Local*

A pesquisa foi realizada no Bairro Vila Gerônimo em Juiz de Fora, MG. A escolha do território se deu devido às atividades do Programa de Educação para o Trabalho – (PET ad) na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do referido local, como também pelo alto número de usuários de álcool e outras drogas existentes no território. O Bairro Vila Gerônimo foi escolhido já que o território dispõe de atores sociais que estão inseridos na rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

### *Participantes*

Tendo em vista o objetivo de avaliar as percepções dos atores sociais acerca do processo de reinserção social, definimos que os participantes fossem atores sociais com um alto nível de envolvimento com a comunidade. Com isso, foram selecionados profissionais da UAPS Vila Gerônimo e do Centro de Referência de Assistência Social desse mesmo bairro, representando cinco categorias profissionais, sendo estes um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, dois assistentes sociais, três Agentes

Comunitários de Saúde, um gestor do CRAS e um gestor da UAPS. Também foram selecionados como informantes da pesquisa dois líderes comunitários, totalizando assim doze participantes. Além disso, cumpre informar que incluímos aqueles atores com no mínimo seis meses de trabalho junto à referida comunidade. Para as lideranças comunitárias procuramos observar o grau de conhecimento e envolvimento em ações locais, com ênfase na questão do uso de drogas e sua articulação com diferentes setores. Desse modo, em conformidade com Turato (2003), a estratégia de identificação dos participantes empregada foi intencional, já que os sujeitos que fazem parte do estudo foram escolhidos entre aqueles que contribuíram com informações substanciais sobre o tema em discussão. Optamos pelo número de 12 participantes por se tratar de um estudo qualitativo, pois, segundo Guedes (2002), a abordagem qualitativa dá ênfase à descrição, análise e interpretação das informações recolhidas e procura entendê-las de forma contextualizada. Esse tipo de análise respeita a riqueza das informações, sendo fiel à norma como essas foram registradas. O número de 12 participantes permitiu a exploração adequada das entrevistas por critério de saturação.

#### *Coleta de dados*

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os participantes, em local e horário pré-acordados, onde os informantes puderam discorrer sobre o problema da investigação. As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2011. Cumpre informar que, para o processo de construção do roteiro, além dos debates entre a equipe de pesquisadores, optamos por realizar quatro entrevistas piloto com profissionais do setor saúde que atuavam em uma UAPS situada em outro território na cidade de Juiz de Fora. As perguntas do roteiro de entrevistas foram baseadas no documento *A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral à Saúde de Usuários de Álcool e Outras Drogas* (Ministério da Saúde, 2003), que apresenta as linhas gerais do modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. As categorias de análise e o foco das perguntas do roteiro se basearam nos seguintes princípios: (a) acolhimento: ações cotidianas na chegada à unidade de saúde ou na instituição comunitária, bem como análise do processo de encaminhamento e estratégias no estabelecimento de vínculos; (b) intersetorialidade: observação e análise da interação entre a rede de atenção em saúde e outros setores - busca de ações diversificadas, articuladas com a sociedade civil e a comunidade; (c) estigma e preconceito: análise da presença de comportamentos e atitudes estigmatizantes

por parte dos pesquisados em relação ao trabalho com usuários de álcool e outras drogas; (d) percepção da reinserção social de usuários: percepções sobre a necessidade de passagem da concepção de usuário de drogas como doente para cidadão, merecedor de direitos; (e) cuidados aos familiares: atenção prestada aos familiares e outros acompanhantes de usuários em atendimento ou não; e (f) tratamento anterior: verificar a existência de projetos terapêuticos, tratamentos anteriores, expectativas.

#### *Análises dos materiais coletados*

As entrevistas foram gravadas com permissão dos entrevistados e posteriormente foram transcritas. Para a análise dos dados, no que concerne aos métodos qualitativos, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo – do tipo estrutural e temático. Optamos por definir *a priori* um conjunto de categorias a serem analisadas, mas foi somente após o processo de inserção em campo e posterior análise do material é que chegamos à definição do conjunto de categorias explicativas relacionadas à temática em tela e que serão apresentadas na próxima seção. O processo de análise realizado se deu a partir da integração de todo o material coletado, o que permitiu a edificação de um quadro totalizante das diferentes percepções dos atores sociais. A análise de conteúdo foi realizada por quatro autores do artigo em questão, onde foram elencadas as categorias que apareciam com maior frequência. A análise de dados contemplou uma perspectiva geral sobre os assuntos que emergiam com maior frequência e também aspectos particulares que foram considerados relevantes para a análise. Para Bardin (2008), a categorização é um processo de divisão das componentes das mensagens analisadas em rubricas ou categorias, uma operação de tipo estruturalista que comporta duas etapas: o inventário (isolar elementos) e a classificação (repartir os elementos, dando organização às mensagens).

### **Resultados/discussão**

Os resultados a seguir foram sintetizados em quatro categorias principais: A percepção sobre o processo de reinserção social e sobre a rede intersetorial; Estigma e Drogas; Família e Condições de Trabalho.

#### *A percepção sobre o processo de Reinserção Social e sobre a rede intersetorial*

A concepção da rede intersetorial é relevante para compreendermos a percepção dos atores sociais em

**Tabela 1: Categorias temáticas e principais aspectos encontrados**

| <b>Categorias</b>  | <b>Aspectos principais</b>  |
|--|---|
| A percepção sobre o processo de reinserção social e sobre a rede intersetorial | Concepção da rede multissetorial e não intersetorial;<br>Lógica dos encaminhamentos;<br>Parcerias limitadas;<br>Reinserção associada à ocupação por via do trabalho, da arte e quaisquer outras atividades que ocupem o tempo;<br>Assistencialização do cuidado ao usuário de drogas. |
| Estigma e Drogas   | Naturalização do uso de drogas;<br>Estigma Público;<br>Boa convivência X Conotação Moral  |
| Família  | Responsabilização da família em relação ao tratamento dos usuários de drogas;<br>Fator de risco e/ou de proteção para o uso de drogas; Inexistência de trabalhos voltados aos familiares dos usuários;  |
| Condições de trabalho  | Sobrecarga de Trabalho;<br>Falta de apoio das instancias superiores;<br>Falta de orientação e de informação aos profissionais.  |

relação ao processo de reinserção social. A partir das entrevistas realizadas, encontramos uma concepção de rede multissetorial, e não intersetorial. A ação intersetorial vem sendo, na atualidade, alçada como estratégia privilegiada para promoção da integralidade do cuidado por diferentes políticas públicas, com ênfase na gestão e no planejamento (Inojosa, 2001). Sendo assim, deve ser entendida com um dos pilares no cuidado aos usuários de drogas, conforme destaca a Política Nacional de Drogas (Ministério da Saúde, 2003). No entanto, constatamos que ainda é um desafio para os profissionais, gestores e líderes comunitários romperem com a fragilidade das ações multissetoriais, isto é, ações baseadas em um envolvimento mínimo entre os diversos serviços e setores, sem, de fato, haver uma articulação em torno de um objetivo comum, qual seja, promover a reinserção social dos usuários de drogas. Tal afirmação fica mais clara no trecho a seguir:

*a rede seria um dividindo a responsabilidade com outro, um jogando a bola para o outro... porém em Vila Gerônimo isto não funciona. Você conhece algum lugar em que ocorre isto? Só vejo na televisão né [risos]. A rede não seria parcerias? Por exemplo, um entrando em contato com o outro, um hospital, que entra em contato com o CAPS, com a família, com um grupo religioso, com outros órgãos... (Agente de Saúde 01)*

Partindo do conceito de Intersetorialidade mencionado por Silva e Rodrigues (2010) - relação entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado

para atuar em um tema, visando a alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo isoladamente –, nota-se que há um razoável entendimento acerca da importância do trabalho intersetorial. Contudo, o mesmo não se revela na prática:

*E o que seria pra você uma rede eficaz? É uma rede que consegue dar os encaminhamentos necessários, que consegue dar acompanhamento, que consegue ser resolutiva, que consegue dar de fato as respostas que a pessoa precisa, porque o que eu vejo é que muitas vezes as coisas ficam muito isoladas né, num é uma rede interligada que pensa no coletivo... (Enfermeira)*

É mencionada a mobilização da comunidade em prol das parcerias como um ponto positivo. No entanto, a relação intersetorial parece ocorrer apenas via encaminhamentos, que acabam se perdendo na desarticulação entre os serviços. Assim, as ações acabam se limitando a iniciativas multissetoriais fragmentadas.

Outro ponto a ser destacado é que, quando questionados acerca das parcerias existentes, apenas uma ou duas eram citadas. A maior parte dos entrevistados limitou-se ao CAPSAD, ao AA ou ao próprio SUS. Assim, pode-se concluir que a reinserção social está relacionada à lógica de encaminhamentos, considerando um número muito limitado de serviços de apoio. Tal fator demonstra a inobservância do cuidado compartilhado como um aspecto que supera e vai além da lógica do encaminhamento, pois visa

a aumentar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde pelos serviços que compõem a rede assistencial de um determinado território. Essa lógica de encaminhamentos tende à destituição de vínculo e à desresponsabilização. O cuidado compartilhado só se efetiva quando se entende que trabalhar em rede é uma necessidade estratégica para a implementação de uma saúde pública comprometida com a qualidade do cuidado produzido (Mendes, 2011).

Vale ressaltar ainda que nenhuma prática de referência/contrarreferência foi mencionada, nem tampouco notamos a presença de um apoio matricial adequado às intervenções contemporâneas em saúde. Entende-se o sistema de referência e contrarreferência como um elo contínuo entre a atenção básica e os serviços especializados, e a ausência desse sistema vem ilustrar problemas de organização do sistema de saúde (Vanconcellos & Pasche, 2006). O apoio matricial pode ser compreendido como uma inter-relação entre as equipes e os serviços cuja responsabilidade dos casos é compartilhada (Dimenstein, 2006). Partindo-se desse referencial, a não aparição de tais práticas nas entrevistas analisadas pode revelar a falta de capacidade resolutiva das equipes locais em realizar ações de reinserção social de usuários de drogas, tanto pela inexistência de uma comunicação minimamente estruturada entre as parcerias como pela falta de mobilização dos atores na efetiva busca por ações integradas e intersetoriais. Além disso, outro dificultador pode ser simplesmente a escassez de serviços disponíveis a este público na comunidade.

Todavia, um dos gestores entrevistados mencionou os conselhos de assistência social, e alguns dos profissionais de saúde apontaram ainda a iniciativa em se realizar parcerias com empresas privadas, como forma de se promover a reinserção social, associando-a ao trabalho e à inclusão produtiva. Logo, a percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a reinserção social de usuários de álcool e outras drogas parece indicar uma complexidade de ações que vão desde tarefas ocupacionais, trabalho e geração de renda, até atividades de lazer, saúde, esporte, cultura, religião e educação, conforme exposto no trecho a seguir:

*Eu acho que não deve ficar só dentro da saúde, deve haver outras atividades para as pessoas estarem inseridas. Ele tem que ter uma ocupação. Se a mente dela estiver ocupada, aí é outra coisa, ela não vai pensar só em beber. Alguma ocupação aí fora. Alguma arte mesmo, a própria pintura, um piano, um violão. Arte em si. Eu acho que é por aí também. Eu acho isso muito importante, esse trabalho interdisciplinar, várias disciplinas trabalhando em conjunto. Escola também é muito interessante.* (Gestora UAPS)

A partir destes fragmentos, percebemos que há um discurso compartilhado entre os profissionais e atores em saúde de que o uso de drogas deve ser “solucionado” a partir de uma ocupação, com o objetivo de propiciar ao sujeito uma ação e uma forma de otimização do tempo: “*É gravíssimo! Eu acho que falta os órgãos públicos realizarem um trabalho social no bairro. Porque, os jovens saem do colégio e não têm uma ocupação e acabam se envolvendo com o tráfico ou com o uso de drogas*” (Liderança Comunitária); “*Cursos profissionalizantes de tricô, bordado, crochê, que já seria uma fonte de renda para a pessoa, para que ela ocupasse a mente e parasse de pensar na droga*” (Agente de Saúde 02).

Tais percepções parecem indicar o peso ideológico da psiquiatria tradicional no que diz respeito ao tratamento de “pessoas com problemas mentais”, especialmente no que se refere ao entretenimento do doente através das oficinas terapêuticas. No discurso das agentes de saúde é mencionado o fato de “ocupar a mente para esquecer a droga”, e os cursos profissionalizantes de tricô e bordado teriam essa finalidade. Entretanto, segundo Saraceno (2001), significa ter dentro e também passar prazerosamente o tempo, esperando que o doente melhore ou piore, e até que ocorra uma mudança no estado do indivíduo, este permanece entretido com atividades recreativas que não possuem a capacidade de transformar a vida dos usuários. A questão que merece ser discutida é que sabemos que a ação pela ação não necessariamente proporciona transformação se não aliada à reflexão tanto do usuário quanto do profissional. Nesse sentido, quando o usuário de drogas não participa ativamente do processo de pensar sobre o seu problema, não geramos autonomia, mas apenas repetição de relações autoritárias, em que alguns podem falar e pensar pelos outros (Freire, 2005).

Há que se destacar ainda a concordância entre os entrevistados acerca da importância do profissional de assistência social na efetivação de práticas de reinserção social, o que nos faz pensar em um processo de “assistencialização” do cuidado ao usuário de drogas. Tal fator pode ser explicado por Venturini (2010), quando diz que são três as necessidades principais de uma comunidade na área da saúde: (a) necessidades de tratamento e respostas médicas, (b) necessidades de assistência que comporta respostas sociais e (c) necessidades existenciais. De acordo com os entrevistados, o profissional da assistência parece suprir a segunda demanda, uma vez que, ao se tratar de reinserção social, as ações de tratamento e respostas médicas já ocorreram, teoricamente.

*Normalmente, quando é a família que vem, ela vem direto a mim, porque sabe que o médico não tem resposta para este problema, não existe remédio para isso. Só quando ele está agressivo, não quer dormir, já está falando sozinho, que a médica encaminha ele para saúde mental ou para o CAPS. (Assistente Social UAPS)*

Contudo, diante da complexidade do fenômeno “drogas” na atualidade, faz-se necessária uma concepção mais ampliada acerca do papel e da contribuição de cada profissional, gestor ou líder comunitário no processo de reinserção social. Ao se atribuir a responsabilidade por essas ações a apenas um profissional, pode-se verificar a falta de compreensão quanto às estratégias de ação mais adequadas e quanto ao fenômeno em si. Com isso, pode-se argumentar que essa visão não contribui para a ênfase atual na responsabilidade de casos compartilhada por todos os serviços envolvidos em cuidados na saúde mental, como preconizam documentos da Política Nacional sobre Drogas (Ministério da Saúde, 2004). Nesse documento é explicitado que a equipe de referência e o apoio matricial permitem um modelo de atendimento voltado para as necessidades individuais de cada usuário, sendo estas ferramentas indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão em saúde. A responsabilização compartilhada dos casos, portanto, exclui a lógica do encaminhamento, pois visa a aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local (Ministério da Saúde, 2004).

### *Estigma e drogas*

As concepções sobre os fatores relacionados ao uso de drogas influenciam diretamente as ações de reinserção ou à falta delas por parte dos profissionais. Muitos ainda não consideram o uso e abuso de drogas como um problema de saúde em função de um processo histórico de estigmatização dos usuários, e, assim, as ações deixam de ser executadas (Alves, 2009). O que se constata é que, apesar da transformação histórica na concepção sobre o uso de drogas, principalmente após as transformações nos modelos de atenção aos usuários, ainda existem resquícios da conotação moral atribuída a essa prática. Como consequência disso, percebe-se que hoje em dia ainda há uma presença forte da estigmatização, tanto na prática profissional de saúde como na sociedade e nas próprias comunidades de pertencimento desses usuários, conforme foi encontrado em nossa pesquisa.

Poderíamos definir o estigma, segundo Ronzani e Andrade (2006), como uma marca física ou social de conotação negativa ou que leva o portador dessa “marca” a ser marginalizado ou distanciado de

algumas situações sociais, contribuindo para um forte impacto na sua identidade social. No entanto, é importante ressaltar que a estigmatização se entrelaça ao processo de naturalização do uso de drogas, ou seja, o estigma acontece ao mesmo tempo em que o uso de drogas é visto de forma natural na comunidade. Consequentemente, os usuários de drogas passam como despercebidos ou invisíveis, pois se trata de um convívio rotineiro, sem um elevado grau de problematização.

É possível depreender, como resultado da pesquisa, que o processo de estigmatização repercute no distanciamento social e que gera consequências negativas para a saúde e o bem-estar do usuário. Essas consequências, de forma geral, podem ser indiretas, como a dificuldade de acesso a cuidados em saúde, educação, emprego, moradia e outros. De acordo com Ronzani e Furtado (2010, p. 331)

*a atribuição moral e a culpabilização/acusação do usuário por parte da população e em especial por parte dos profissionais de saúde podem criar barreiras na qualidade do cuidado em saúde, que levam a exclusão e ao calvário de alguns usuários dos serviços de saúde. Por essa razão, é preciso a criação de estratégias que visem à mudança de atitudes, conhecimento e habilidades dos profissionais sobre os usuários de álcool e outras drogas.*

Podemos evidenciar que essa exclusão social faz parte do estigma público, que, para Corrigan, Watson e Barr (2006), é a percepção de um grupo ou de toda a sociedade de que um indivíduo é socialmente inaceitável, em decorrência de suas características físicas ou pessoais, que são associadas a reações negativas e à desvalorização do indivíduo.

A exclusão social dos usuários de drogas pode estar entrelaçada à concepção de criminalidade, como se encontra na fala abaixo:

*Sobre os usuários de drogas, nem todo mundo aceita! Procuram fugir daquelas pessoas, porque não sabem qual será a reação, se vai ser boa ou ruim, agressiva ou não. Tem preconceito também ... e quem não usa fica com medo, porque sabem que dependendo da situação em que estão avançando, podem cometer assaltos, não se sabe o que irá acontecer. (Enfermeira 01)*

Devido a políticas proibicionistas disseminadas no Brasil a partir da década de 1970, criou-se uma cultura de repressão e de criminalização do uso de drogas, como afirma Fiore (2012), ao dizer que ao naturalizar a proibição como única forma de enfrentar o problema das drogas, cria-se uma lógica de que as leis devem continuar determinando que consumi-las

é errado e, portanto, punível. No que se refere aos profissionais de saúde, no relato dos entrevistados está presente a dificuldade e preocupação dos profissionais em lidar com o tema “uso de drogas”, apesar da afirmação de uma boa convivência com esses usuários. Observa-se a concepção do uso de drogas não apenas como doença, mas como uma escolha com evidente conotação moral. Percebe-se que os profissionais da UAPS diferenciam ações relacionadas ao uso de drogas das demais ações, por considerá-las mais complicadas e delicadas. Aham mais difícil trabalhar com usuários de drogas do que com mulheres no climatério, com crianças, entre outros. No entanto, mencionam a importância de uma convivência respeitosa entre profissionais e usuários. Para Dinos, Stevens, Serfaty, Weich e King (2004) no campo da saúde, a conotação moral envolvida em alguns processos de diagnóstico se torna um início do processo de estigmatização de algumas condições. O julgamento moral envolve a concepção de algo como “problema” indesejável de se lidar, sendo considerado negativo. Nesse processo, tanto o problema em si quanto o portador desse problema são generalizados como indesejáveis, influenciando diretamente no planejamento, no acesso e na responsabilidade sobre o tratamento por parte do profissional de saúde.

### Família

Os resultados encontrados possibilitaram corroborar com algumas discussões que enxergam a família tanto como um fator de risco quanto como um fator de proteção para o uso de drogas. O fator de proteção refere-se ao cuidado que a família presta ao usuário, muitas vezes sem o apoio necessário dos serviços. Os fatores de risco, segundo a fala dos entrevistados, referem-se à influência que os familiares exercem sobre os usuários quanto ao uso de drogas e ao desgaste causado pela sobrecarga de trabalho que a família apresenta junto ao cuidado do usuário.

*É muito importante trabalhar com a família, porque a família adoce junto com o usuário. A família pode ser tanto um facilitador quanto um dificultador, dependendo do desgaste que a família está. O que a gente percebe é um desgaste muito grande dessa família, um cansaço, uma luta de anos e anos, e às vezes a família não dá conta mais. Às vezes a família está precisando mais de tratamento do que a pessoa. Muitas vezes a família tem a necessidade de ter aquele “bode expiatório”, que é alguém que leve a culpa de tudo. (Assistente Social CRAS)*

É importante analisarmos cuidadosamente a inserção da família como risco e/ou proteção. E neste caso, podemos identificar na presente pesquisa

que existe a culpabilização da família por parte dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, evidencia-se uma culpabilização da equipe de saúde por parte dos familiares, que consideram o serviço de saúde como o responsável por resolver todos os problemas da comunidade. Resultados semelhantes foram encontrados na análise de Dimenstein (2006), em que a autora esclarece que existe certa dificuldade, por parte da equipe, ao considerar a família como parceira do tratamento e como parte também da assistência.

*Os familiares mais idosos querem ajuda né, mas eles não querem fazer nada, querem sempre ajuda, mas eles mesmo querem fazer muito pouco. Falam assim: o que você pode fazer por mim? A gente diz: posso encaminhar, mas se eles não forem, não tem o quê fazer. Inclusive estou com um pedido de intermediação para um chefe de uma destas famílias, que ele quer se tratar, mas daí a gente pega o encaminhamento, e orienta como eles devem agir, mas eles não procuram. (Agente Comunitária de Saúde 01)*

Percebemos ainda que apesar de os familiares dos usuários em sua maioria recorrerem aos serviços das intuições pesquisadas, nenhuma dentre elas apresentou realizar trabalhos voltados para esse público. O CRAS encaminha os usuários de álcool e outras drogas para uma Organização Não Governamental (ONG), prevalecendo neste serviço a lógica do encaminhamento, onde os casos não são compartilhados pela equipe envolvida.

*Esta ONG faz a reunião com as famílias, faz a visita domiciliar, e agora tem a proposta da agenda 6000 que vai começar em fevereiro nos CRAS. A ONG vem uma vez por semana no CRAS e atende tanto o usuário quanto a família. Depois, se for necessário, faz visita domiciliar. Dependendo do caso, eles encaminham para o médico da sede, um psiquiatra, que faz a medicação ou até mesmo encaminha para o CAPS. (Assistente Social CRAS)*

Todos os entrevistados destacam que não existe na comunidade um serviço de apoio às famílias de usuários de álcool e drogas, considerando esse aspecto fundamental para o tratamento do uso de drogas. Nessa perspectiva, Moreno e Alencastre (2003) ressaltam a importância do estabelecimento de condições básicas de tratamento para o núcleo familiar. Segundo as autoras, se a família não puder contar com uma rede de serviços que a auxilie no atendimento ao paciente, a tendência é que as internações sucessivas se repitam. E aqui vale destacar que, de acordo com Gonçalves e Sena (2001), se com a reforma psiquiátrica não é mais aceitável estigmatizar e excluir os usuários de álcool e outras drogas, também não se pode reduzir a reforma psiquiátrica à devolução desses às famílias,

sem nenhum tipo de intervenção ou acolhimento desses grupos. Como se a família fosse, sozinha, capaz de resolver a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental. Transportando esse argumento para o problema do uso e abuso de drogas, é necessário que os dispositivos de políticas públicas (saúde, assistência, segurança pública) que abarcam a assistência ao usuário de álcool e outras drogas também estejam preparados para receber e dar suporte à família em um processo de reinserção social.

Ao analisarmos as dificuldades já mencionadas no processo de reinserção social como o estigma, a família e a própria percepção da reinserção, torna-se importante refletirmos ainda sobre outro empecilho presente no cotidiano dos profissionais, que emergiu em meio às entrevistas: as condições de trabalho.

### 3.4 Condições de trabalho

De acordo com a PNAD (Ministério da Saúde, 2004), a capacitação permanente dos profissionais de saúde quanto a questões que envolvem “álcool e outras drogas” é uma prioridade no setor de saúde. De acordo com esse documento, devem ser ampliadas as atividades do Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do SUS do Ministério da Saúde, capacitando não apenas os profissionais que atuarão nos CAPSAD, como também os que atuam nas demais unidades assistenciais, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o (ESF) Estratégia de Saúde da Família, contemplando também a capacitação para profissionais de nível médio que atuem na assistência aos problemas relacionados ao uso do álcool e de outras drogas. Segundo essa política, também é fundamental o desenvolvimento, em ação conjunta com o Ministério da Educação, a modificação do currículo dos cursos de graduação na área da saúde, exigindo a abordagem dos problemas relacionados ao uso do álcool (Ministério da Saúde, 2004).

Percebe-se que, para os profissionais, um dos principais empecilhos para que a reinserção de usuários de drogas aconteça é a falta de orientação por parte das secretarias de saúde e assistência social. Destaca-se que essas ações não são preconizadas pela ESF, que, quando apontadas em conselhos e conferências temáticas, mostram a falta de iniciativa política de investir em recursos humanos e materiais, em capacitações e planejamento para que ela possa vir a ocorrer. As condições de trabalho são fortemente mencionadas como desfavoráveis a essas ações, o que pode, no entanto, revelar a falta de autonomia dos

serviços para construir novas alternativas frente a uma demanda urgente nessa comunidade, bem como em relação a outras frentes.

Podemos evidenciar a falta de investimento com capacitações entre os profissionais de saúde, a carência de recursos humanos disponíveis, a falta de recursos de transporte e a benevolência de alguns profissionais através de ações isoladas de cunho assistencialista nas falas abaixo.

*O atendimento na UAPS é excelente, pois às vezes os usuários são agressivos, e os profissionais têm bastante paciência. Teve caso de uma médica que colocou o usuário no seu próprio carro e levou para atendimento no HPS. ... Ela não tem medo, não tem nada, ele pode estar quebrando aqui que ela vai com o jeito brasileiro dela. (Agente de Saúde 02)*

Nessa direção, Dimenstein (2006) considera que um primeiro grupo de problemas e desafios a ser enfrentado diz respeito à dinâmica das instituições de saúde à qual os trabalhadores estão vinculados, o que inclui questões salariais e condições de trabalho, até a falta de capacitação que viabilize a produção de novas formas de cuidado. Além desses pontos, assinalamos também o investimento insuficiente e inadequado do SUS para os serviços substitutivos.

Quanto à possibilidade de implantação de projetos que visem à reinserção social de usuários, é possível notar que, além dos problemas estruturais e de condições de trabalho, também existe o medo entre os profissionais de retaliação por parte dos traficantes de drogas. Além disso, a questão das drogas não aparece nas falas como prioridade de ações a serem desenvolvidas. Também se evidencia a falta de informação e certa desesperança quanto a projetos que tenham resultados efetivos na área de álcool e outras drogas, como exemplificado nas falas abaixo:

*Nossa! Só dificuldade. Há um medo de enfrentar as pessoas que vendem as drogas, é você saber que não tem facilidade nenhuma não, não tem o quê fazer! Só existem planos, pensamentos, mas não tem nada para fazer, não tem como encaminhar. Eu acho que não tem nada... (Agente de Saúde 01)*

*Não tenho nem ideia, gostaria que tivesse uma pílula mágica, eu não conheço... Eu acho até que, quando vejo na televisão que alguém largou o vício, acho que é meio difícil porque dizem que não tem tratamento. Não acredito, não sei, não conheço nada. (Agente de Saúde 01)*

Podemos perceber que, como afirma Dimenstein (2006), além das dificuldades e limitações estruturais que determinam inúmeras questões em relação à dinâmica institucional, à organização do processo

de trabalho e à ausência de equipamentos e recursos financeiros provenientes do Estado para assegurar uma política social de qualidade, soma-se também outro obstáculo às equipes e gestores que parece ser um “desejo-escravo” de manutenção das mesmas fórmulas, de não mudar e de não buscar novas estratégias.

### Considerações finais

Os achados da presente pesquisa sinalizam para alguns desafios que necessitam ser enfrentados no tocante à análise e cuidado do usuário de substâncias psicoativas, tendo em vista o seu processo de inserção social efetiva. A perspectiva da reinserção social esbarra em um conjunto de categorias limitadoras que precisarão ser enfrentadas. Assim, temos que pensar em questões como a integração entre a rede assistencial a partir de seus diferentes pontos de conexão e as diferentes organizações que conformam as redes sociais e comunitárias, atravessadas por conflitos de ordem política, econômica e cultural, conformando cenários de vulnerabilidades variadas.

Isto é fundamental uma vez que pensar em (re) inserir significa: voltar para dentro com o que estava fora. E, ao pensarmos com mais acurácia sobre essa questão, poderemos verificar que o usuário de drogas em nenhum momento esteve ausente da estrutura social e política na qual a temática do uso e abuso de drogas deve ser compreendida e enfrentada. É nessa direção que problematizamos o que se deva pensar relativamente a uma inserção efetiva dos sujeitos que venham a apresentar problemas em relação ao uso de drogas, por via do fortalecimento de sua autonomia como cidadão ativo e participante da vida em sociedade.

Como foi possível encontrar nesta pesquisa, o processo de (re)inserção social se apresenta como um horizonte longínquo, uma vez que a lógica da individualização da questão do uso de drogas ainda impera entre nós, e, nesse sentido, o social é reduzido ao subjetivo, ao orgânico e/ou circunscrito a uma mera “assistencialização” e/ou conjunto de ações que visem a minorar as mazelas sociais, não havendo espaço para se problematizar a temática do uso de drogas a partir de uma lógica do enfrentamento efetivo, mas sim a partir de uma inclusão submetida a uma exclusão concomitante.

Pensamos que parece haver uma obediência cega aos processos de institucionalização da vida e uma consequente culpabilização de instâncias superiores e não raramente dos próprios sujeitos e comunidades quando se procura compreender os determinantes

do consumo de drogas e as barreiras relacionadas a projetos que visem à inserção efetiva do usuário em sua comunidade. Por outro lado, a atuação do terceiro setor e a iniciativa isolada de alguns profissionais, quase que em uma atitude messiânica, parece materializar, perigosamente, o desenvolvimento de uma suposta rede assistencial, “contribuindo” para o seu funcionamento e, perversamente, se constituindo como a única saída possível. Aspectos que merecem ser aprofundados em investigações posteriores.

Esta pesquisa tem como limitação referir-se ao território de Juiz de Fora - MG, portanto os resultados da mesma não podem ser generalizados para outros contextos. O método qualitativo permitiu um maior aprofundamento da fala dos entrevistados, porém há necessidade de novas frentes de pesquisa em outros contextos geográficos. Outra limitação relevante para este estudo é a falta de entrevistas sobre a percepção dos usuários de drogas acerca do processo de reinserção social, já que são pessoas envolvidas diretamente nesse processo. Sugerimos que novas pesquisas sejam feitas em outros territórios e com uma gama maior de atores sociais envolvidos no processo de reinserção social, sendo também relevante a adição de outros métodos de coleta de dados, como grupos focais ou estudos de caso.

### Referências

- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884.
- Dimenstein, M. (2006). O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*, 4(6), 69-83.
- Dinos, S. M., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: The feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 84, 176-181.
- Duarte, P. V. (2011). Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social. In M. S. Cruz (Coord.), *As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas: Módulo 6* (4ª ed., pp.1 -13). Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Fiore, M. (2012). O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos-CEBRAP*, 92, 9-21.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia do oprimido* (42ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Gil, G. & Ferreira, J. (2008). A cultura, o Estado e os diversos usos das “drogas”. In B. C. Labate, S. Gulart, M. Fiore, E.

- MacRae, & H. Carneiro (Orgs.), *Drogas e cultura: novas perspectivas* (pp. 13-22). Salvador: Edufba.
- Gonçalves, A. M. & Sena, R. R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Latino-Americana*, 9(2), 48-55.
- Guedes, L. (2002). A investigação qualitativa e a realidade existencial da escola. In L. Guedes, *A escola e os actores: políticae práticas* (pp. 18-24). Porto: Centro de Formação do SPZN.
- Inojosa, R. M. (2001). Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. *Cadernos Fundap*, 22(1), 102-110.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Ministério da Justiça. (2007). *Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas*. Acesso em 19 de fevereiro, 2014, em [http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11437&rastr=TRATAMENTO%2FREinser%C3%A7%C3%A3o+Social/Defini%C3%A7%C3%A3o](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11437&rastr=TRATAMENTO%2FREinser%C3%A7%C3%A3o+Social/Defini%C3%A7%C3%A3o)
- Ministério da Saúde. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas* (1ª ed.). Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2004). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas* (2ª ed.). Brasília, DF: Autor.
- Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 121-133.
- Moreno, V. & Alencastre, M. B. (2003). A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Escola de Enfermagem da USP*, 43-50.
- Pinho, P. H. et al. (2009). Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(n. spe. 2), 1261-1266.
- Pinho, P. H., Oliveira, M. A., & Almeida, M. M. (2008). A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(1), 82-89.
- Pinto, A. T. M. & Ferreira, A. A. L. (2010). Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 27-34.
- Pitta, A. (1996). O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In A. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp.19-26). São Paulo. Hucitec.
- Ronzani, T. M. & Andrade, T. A. (2006). Estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo a detecção, prevenção e tratamento. In SENAD (Org.), *Sistema para Detecção de Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas* (pp. 25-32). Brasília, DF: SENAD.
- Ronzani, T. M. & Furtado, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 326-332.
- Saraceno, B. (1996). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In A. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp.13-18). São Paulo: Hucitec.
- Saraceno, B. (2001). Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In A. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (2ª ed., p. 15). São Paulo: Hucitec.
- Silva, K. L. & Rodrigues, A. T. (2010). Ações intersectoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 762-769.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Vasconcelos, C. M. & Pasche, D. F. (2006). O Sistema Único de Saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior, & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 531 -562). São Paulo: Hucitec.
- Venturini, E. (2010). O caminho dos cantos: morar e intersectorialidade na saúde mental. *Revista de Psicologia*, 22(3), 471-480.

## Agradecimento

Ao Ministério da Saúde /Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Saúde Mental/Crack. PET-SAÚDE/SM. Edital nº 17/2010.

Submissão em: 21/05/2013

Revisão em: 06/02/2014

Aceite em: 06/03/2014

*Fernando Santana de Paiva* é doutor em Psicologia (UFMG). Pesquisador do Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (Crepeia-UFJF). Endereço: Rua Dr. Eduardo de Menezes, 415/103. São Mateus. Juiz de Fora/MG, Brasil. CEP 36016-420. E-mail: [fernandosantana.paiva@yahoo.com.br](mailto:fernandosantana.paiva@yahoo.com.br)

*Maira Leon Ferreira* é psicóloga, mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF. E-mail: [mleonorferreira@yahoo.com.br](mailto:mleonorferreira@yahoo.com.br)

*Maria Zilda Fernandes Martins* é residente de Serviço Social do Programa Multiprofissional em Saúde da Família do Hospital Universitário. Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF. E-mail: [mariazfernandes@gmail.com](mailto:mariazfernandes@gmail.com)

*Selma Luísa César de Farias Barros* é psicóloga (UFJF). Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF. E-mail: [selminha\\_jf@hotmail.com](mailto:selminha_jf@hotmail.com)

*Telmo Mota Ronzani* é doutor em Psicobiologia (Unifesp). Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Mestrado/Doutorado) da UFJF. Departamento de Ciências Humanas. Área de Psicologia. E-mail: [tm.ronzani@gmail.com](mailto:tm.ronzani@gmail.com)

## Como citar:

Paiva, F. S., Ferreira, M. L., Martins, M. Z. F., Barros, S. L. C. F., & Ronzani, T. M. (2014). A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 696-706.