

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

JAIRO BOTELHO SANTOS

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE CRACK E SEUS FAMILIARES SOBRE O
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

PORTO ALEGRE

2018

JAIRO BOTELHO SANTOS

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE CRACK E SEUS FAMILIARES SOBRE O
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Prof. Orientador: Dr. Leandro Barbosa de Pinho.

PORTO ALEGRE

2018

JAIRO BOTELHO SANTOS

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE CRACK E SEUS FAMILIARES SOBRE O
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a banca examinadora do curso
de Enfermagem da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: Porto Alegre, 29 de novembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Professor Leandro Barbosa de Pinho – Orientador.

Flávia Pimentel Pereira – Enfermeira CAPS II.

Talita Portela Cassola – Doutoranda em Enfermagem.

DEDICATÓRIA

Dedico esta conquista à todas as pessoas que estiveram ao meu lado nessa importante caminhada, que sonharam comigo, que trabalharam comigo, que acreditaram no meu potencial e que hoje comemoram comigo essa vitória!

Dedico esta conquista à memória de mãe Suely, falecida em 2015, que partiu deixando uma lacuna em nossas vidas, mas tenho certeza que ela continua viva no coração e na memória de quem a conheceu! Mãe, te amo!

Dedico esta conquista à minha amada esposa Tatiani, um exemplo de profissionalismo e amor à arte da enfermagem! Te amo Mada!

*Devia ter amado mais,
Ter chorado mais,
Ter visto o sol nascer,
Devia ter arriscado mais,
E até errado mais,
Ter feito o que eu queria fazer,
Queria ter aceitado,
As pessoas como elas são,
Cada um sabe a alegria,
E a dor que traz no coração!*

*Devia ter complicado menos,
Trabalhado menos,
Ter visto o sol se pôr,
Devia ter me importado menos,
Com problemas pequenos,
Ter morrido de amor,
Queria ter aceitado,
A vida como ela é,
A cada um cabe alegrias,
E a tristeza que vier!*

*O acaso vai, me proteger
Enquanto eu andar distraído!*

Epitáfio - Titãs

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que sempre esteve ao meu lado e me deu força, ânimo e crença para não desistir e continuar lutando por este meu sonho e objetivo de vida!

A minha família, meu pai João, minha mãe Suely (in memorian), minhas irmãs Sandra e Sônia, meu irmão Joceli, minha dinda Zelma, meus sobrinhos Silas, Cindi e Giovana, Roger e Alessandra, Robson, Ruan e Sabrina, minhas cunhadas Jaqueline e Luciane, meus sogros Nery e Sueli! Amo vocês, obrigado por acreditarem em mim!

A todos os meus colegas e amigos do Hospital São Lucas da PUC, em especial às enfermeiras Cláudia Negeliski, Maria Edite e Viviane Benin e ao Dr. Rogério Obregon de Mattos! Obrigado pelos conselhos e ensinamentos!

A esta instituição tão imponente denominada Universidade Federal do Rio Grande do Sul eu agradeço pelo ambiente propício à evolução e crescimento, bem como a todas as pessoas que a tornam assim tão especial!

Aos mestres e professores, em especial a Prof. Lurdes Busin e o Prof. Leandro Barbosa de Pinho, meu amigo e orientador desse presente trabalho! Obrigado por compartilharem seus imensos conhecimentos comigo, pela paciência, disposição e carinho! Sem vocês não seria possível estar aqui hoje com o coração repleto de orgulho e felicidade!

A todos enfermeiros e técnicos de enfermagem dos estágios que me incentivaram, me ensinaram e me mostraram que é possível realizar o cuidado aos pacientes com amor e dedicação! Obrigado enfermeiras Magali Mocelin, Talita Portela Cassola, Raquel Carboneiro dos Santos, Flávia Pimentel Pereira e Miriane Melo Silveira Moretti! Tenho muito orgulho de ter trabalhado com vocês!

A minha cachorrinha Sophia, que todos os dias me espera com muito amor!

A minha Amada Tatiani, a pessoa que me fez acreditar no meu sonho e enfim realizá-lo! Obrigado por confiar em mim, por fazer meu caminhar se tornar leve, pelo apoio e incentivo incondicional quando as forças pareciam findar e por segurar minha mão nas tempestades! Contigo ao meu lado posso alçar voos mais altos! Agora é o nosso momento de comemorar! Essa conquista não é só minha, é nossa! Te amo acima de tudo!

Que Deus os abençoe! A todos vocês, muito obrigado!

RESUMO

Introdução: O consumo de drogas ilícitas como o crack, está diretamente relacionado ao aumento dos índices de criminalidade e risco à saúde como comorbidades psiquiátricas. Com um alto potencial de dependência, o uso de crack também repercute negativamente no cotidiano familiar. Segundo uma pesquisa realizada em 2013, existiam na época cerca de 370 mil usuários de crack no Brasil. Diante deste contexto, consideramos o consumo de crack como uma questão relevante para o campo das políticas públicas brasileiras. Para o enfrentamento dessa situação, foi criada em 2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que têm como objetivos específicos a promoção de cuidado em saúde, especialmente de grupos vulneráveis como os usuários de crack centrados na atenção básica. Entretanto, acredito que existe uma divergência entre o cuidado que o usuário de crack e sua família esperam receber em comparação com o que é oferecido na atenção básica. Entendo que, a melhor maneira de compreender as necessidades dos usuários e família, é ouvindo o que pensam sobre os cuidados oferecidos. Diante o exposto, o presente estudo buscará responder à seguinte questão norteadora: Qual é a percepção de usuários de crack e seus familiares sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica?

Metodologia: Trata-se de um estudo secundário, de caráter qualitativo, sendo que este utilizou o banco de dados das entrevistas com dez usuários de crack e onze familiares da pesquisa primária ViaREDE. **Análise do Dados:** A análise dos dados foi mediante a Análise de Conteúdo, modalidade Temática. **Resultados:** Foram agrupados nas seguintes temáticas: Modelo de Atendimento da Atenção Básica, subdivididos em: Fila de Espera, o Modelo de Fichas e a Dificuldade de Encaminhamento para o Serviço Especializado e Percepção Sobre o Funcionamento da Atenção Básica, subdivididos em: A Qualidade dos Serviços de Saúde, A Falta de Recursos Humanos e da Qualificação Profissional e o Preconceito, Estigma e Discriminação com o Usuário de Drogas. **Conclusão:** Após a análise da percepção dos usuários de crack e seus familiares, percebemos que existe uma diferença entre o cuidado esperado pela população do estudo quando comparado com o serviço ofertado na prática no cotidiano da atenção básica.

Descritores: Saúde mental. Crack. Atenção básica.

ABSTRACT

Introduction: The use of illicit drugs, such as crack, is directly related to the increase in crime rates and health risk as psychiatric comorbidities. With a high potential for dependence, the use of crack also has negative repercussions on family everyday life. According to a survey conducted in 2013, there were at the time about 370 thousand-crack users in Brazil. Given this context, we consider crack consumption as a relevant issue for the field of Brazilian public policies. To address this situation, the Psychosocial Care Network (RAPS) was created in 2011 with the specific objectives of promoting health care, especially for vulnerable groups such as crack users focused on basic care. However, I believe there is a divergence between the care that the crack user and his family expect to receive compared to what is offered in basic care. I understand that the best way to understand the needs of users and family is by listening to what they think about the care offered. Given the above, the present study will seek to answer the following guiding question: What is the perception of crack users and their relatives about mental health care in basic care? **Methodology:** This is a secondary, qualitative study, which used the database of interviews with ten users of crack and eleven relatives of the primary research ViaREDE. **Data Analysis:** Data analysis was based on Content Analysis, Thematic modality. **Results:** They were grouped in the following themes: Basic Attention Care Model, subdivided into: Queue of Waiting, Model of Chips and Difficulty of Referral to the Specialized Service and Perception on the Functioning of Primary Care, subdivided into: Quality of Health Services, Lack of Human Resources and Professional Qualification and Prejudice and Stigma with the Drug User. **Conclusion:** After analyzing the perception of crack users and their relatives, we noticed that there is a difference between the care expected by the study population when compared to the service offered in practice in the routine of basic care.

Keywords: Mental health. Crack. Basic attention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial modalidade II
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COMPESQ	Comissão de Pesquisa
CR	Consultório de Rua
DCNT	Doenças Crônicas Não-transmissíveis
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ-AB	Programa de Melhorias de Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
Rev.	Revista
RS	Rio Grande do Sul
SNC	Sistema Nervoso Central
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Objetivo	17
3. Revisão da Literatura	18
4. Metodologia	24
4.1 Tipo de Estudo	24
4.2 Campo de Estudo	24
4.3 População e Amostra	24
4.4 Coleta de Dados	26
4.5 Análise dos Dados	26
4.6 Aspectos Éticos	27
5. Análise e Discussão dos Resultados	28
5.1 Modelo de Atendimento da Atenção Básica	28
5.1.1 Fila de Espera	28
5.1.2 Modelo de Fichas	30
5.1.3 Dificuldade de Encaminhamento para o Serviço Especializado.....	32
5.2 Percepção Sobre o Funcionamento da Atenção Básica	33
5.2.1 Qualidade nos Serviços de Saúde	33
5.2.2 Falta de Recursos Humanos e da Qualificação Profissional	37
5.2.3 Preconceito, Estigma e Discriminação com o Usuário de Drogas	40
6. Considerações Finais	43
7. Contribuições da Execução do Trabalho de Conclusão de Curso Para a Formação Acadêmica	46
REFERÊNCIAS	48
LISTA DE APÊNDICES	54
LISTA DE ANEXOS	57

1. INTRODUÇÃO

A história da humanidade retrata vários contextos em que o conceito de loucura adquire novos contornos. Na antiguidade, acreditava-se que a loucura era um dom divino, atribuída a pessoas especiais, que poderiam trazer possibilidades e previsões sobre o futuro. Já com a expansão do pensamento católico, na Idade Média, a loucura foi associada a possessões demoníacas, de modo que o sujeito precisava ser libertado dos demônios que o rodeavam. Mas é perto do ano de 1790 que Philippe Pinel, um médico francês, captura o conceito de loucura e o eleva à categoria de doença, redimensionando o papel do asilo como um local ora destinado a tratar e curar os doentes (AMARANTE, 1995).

Por quase duzentos anos a única possibilidade de tratamento para as doenças mentais era de cuidados em asilos e manicômios, que formularam três grandes eixos conceituais para a loucura: a periculosidade, a incurabilidade e a cronicidade. De origens médicas, essa relação entre a loucura com o contexto social tornava o indivíduo como um ser irresponsável e desprovido de direitos sociais (FERREIRA et al, 2013).

Segundo Costa-Rosa (2013), o modelo asilar é centrado no enclausuramento dos pacientes em ambientes fechados, negando a existência de um sujeito e utilizando métodos clínicos como única forma de tratamento, por exemplo o medicamentoso, sendo o paciente um sujeito passivo no processo, apenas um depositário da ação médica. Outra característica do modelo é a inexistência de comunicação profissional/paciente de forma horizontal, pois a organização se pauta no modelo Piramidal ou Vértice, onde o poder e o saber são domínios dos profissionais, que se concentram no topo e vem no sentido da base. Daí se depreende a verticalidade da relação interpessoal, com disciplina e de modo prescritivo. No momento em que organiza-se o cuidado a indivíduos em situação de adoecimento a partir de um modelo médico-centrado – no caso da saúde mental o modelo asilar como predominante – tem-se uma diretriz de cuidado focada na doença, na cura como desejo e no isolamento como prática (COSTA-ROSA, 2013).

Do mesmo modo, quando nos referimos ao processo de adoecimento, devemos lembrar que nele existem possibilidades, inclusive, de crescimento, onde novos arranjos (familiares, sociais, vínculos afetivos) são possíveis e necessários. Situações de adoecimento não só trazem sofrimento, mas também podem ser uma fonte de descobertas e novas experiências para o usuário e suas relações sociais (ROLLAND, 2007).

O Brasil acompanhou, mesmo que com alguns atrasos, muitas dessas discussões sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no contexto mundial. Até o ano de 1808, as pessoas com transtornos mentais conhecidas como “loucos ou insanos” vagavam pelas cidades. Com a chegada da Família Real Portuguesa e a expansão comercial juntamente com as novas políticas do século XIX, os doentes, os mendigos, delinquentes e criminosos foram asilados ou aprisionados em ambientes fechados, como a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, que servia como um local de amparo e tratamento. O objetivo do asilamento era “limpar” a sociedade, colocando ordem social e disciplina (MESQUITA et al, 2010).

Na década de 1970, o país também incorporou e testemunhou as relativas transformações assistenciais e conceituais sobre loucura e doença mental que, em outras realidades, já avançavam. Nesse período, houve uma intensa mobilização por parte dos pacientes internados, familiares e pelos trabalhadores sanitários em relação à forma de como era tratada a doença mental. Culminando em reuniões sistemáticas, articulação com movimentos sociais e conferências científicas sobre o tema, surgem novas alternativas capazes de evitar o isolamento nos hospitais psiquiátricos, com investimento efetivo no reposicionamento do conceito de loucura e na concentração de esforços em modelos de cuidado comunitários e territoriais. Esses movimentos de transformação marcaram o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MESQUITA et al, 2010).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi inspirada na Reforma Psiquiátrica Italiana, que teve como principal personagem o psiquiatra Franco Basaglia, que, no ano de 1961, assumiu a presidência do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia. Esse movimento de rediscussão das práticas seguiu-se até o ano de 1971, quando Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste. Em 1979, em sua vinda ao Brasil, relatou suas experiências, retratando quadros de miséria presente nas instituições manicomiais. Para ele, na época, entrar em um hospital psiquiátrico era o mesmo que entrar em uma prisão, e que aquele ambiente era favorável apenas ao psiquiatra que ali trabalhava (PASSOS, 2009; JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012). O resultado alcançado por Basaglia foi notável, sendo copiado por alguns países, inclusive o Brasil, que teve sua reforma consolidada com a aprovação da Lei Federal 10.216 / 2001 (BRASIL, 2001). A referida lei preconiza, entre outros, que os cuidados às pessoas com transtorno mental sejam prestados no convívio social, com a sua participação ativa no tratamento.

Como desdobramentos dessas transformações, a Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a

criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento psíquico. Dentre as diretrizes da RAPS, destaca-se o item IV, que preconiza o atendimento ao indivíduo em sofrimento mental e seus familiares, e o item XII, que relata que é preciso uma lógica para o atendimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias químicas, como o crack, configurando-se, ainda, como um desafio para as políticas públicas de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2011).

O crack é um subproduto da cocaína e é um potente estimulante do sistema nervoso central (SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013). Introduzido no Brasil na década de 1980, houve um crescimento significativo do número de pessoas que a utilizam. Existem vários motivos responsáveis por esse aumento, como o fácil acesso e o baixo valor de mercado, se comparado com a cocaína. Como característica principal, o crack tem um alto potencial de dependência, o que torna o tratamento dificultoso (XAVIER; MONTEIRO, 2013). O uso de substâncias ilícitas, principalmente o crack, está diretamente relacionado ao aumento de índices de criminalidade e riscos à saúde, como comportamentos sexuais sem prevenção, desnutrição, lesões pulmonares, problemas neurológicos e comorbidades psiquiátricas (KOLLING et al, 2011; SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013).

Levantamentos epidemiológicos apontam que o uso de substâncias ilícitas tem sido um problema recorrente ao campo da saúde pública mundial. Segundo o Relatório Mundial Sobre Drogas (*World Drug Report*), publicado pelas Nações Unidas, o consumo de drogas ilícitas cresce exponencialmente. No ano de 2017, cerca de 29,5 milhões de pessoas em todo o mundo sofre com transtornos ou doenças mentais em decorrência do uso de drogas, inclusive o crack. Essa parcela representa 0,6% da população mundial (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2017).

No Brasil a situação é similar. Segundo uma pesquisa realizada em 2013 pela Fiocruz, em parceria com o Ministério da Justiça, existia, nas capitais brasileiras, cerca de 370 mil pessoas que utilizavam o crack regularmente. Deste número, 14% são crianças e adolescentes, que representam mais de 50 mil usuários. Segundo a pesquisa da Fiocruz, considera-se “uso regular” os usuários que utilizaram o crack ao menos um consumo a cada 25 dias nos seis meses anteriores (BASTOS; BERTONI, 2014).

A pesquisa realizada por Bastos e Bertoni (2014) também apontou o perfil dos usuários de crack no Brasil. Os usuários são adultos jovens, média de 30 anos, predominância do sexo masculino (78,7%), não-brancos (inclui pretos, pardos e indígenas) e são solteiros. Outra característica é a baixa escolaridade, sendo que a cada 10 usuários, apenas dois concluíram o ensino médio. Menos de 0,3% de usuários cursou

ou concluiu o ensino superior. Uma média de 40% dos usuários encontra-se em situação de rua. Segundo os pesquisadores, não significa necessariamente que esses usuários morem na rua, mas passam maior parte do tempo nela.

A referida pesquisa apontou que 10% das mulheres usuárias de crack já utilizaram a droga no período da gravidez e 44,5% das mulheres entrevistadas referem já terem sofrido abuso sexual. O consumo de crack por dia é maior entre as mulheres: 21 pedras/dia para elas e 13 pedras/dia para eles. Essa pesquisa subsidiou as ações do programa do governo intitulado “Programa Crack – é Possível Vencer”. Esse programa do Ministério da Justiça visa o trabalho de prevenção ao uso do crack em escolas, capacitando profissionais das redes de saúde, apoio aos usuários e seus familiares (BASTOS; BERTONI, 2014).

Neste contexto, o crack é uma questão relevante para o campo das políticas públicas, assim como traz repercussões importantes no cotidiano do usuário e de suas famílias. Segundo Siquera et al (2012), o uso de crack por um dos integrantes da família gera incertezas, pelo sentimento de insegurança, medo, dor e crise, pois implica em perdas materiais em troca de recursos financeiros para a aquisição do crack, perda de apoio dos demais familiares, agressão física por parte dos usuários e de terceiros, risco de suicídio ou homicídios, causando desordem no ambiente familiar, culminando no rompimento de laços afetivos familiares.

Preocupados com essa situação, um grupo de pesquisadores composto por professores e alunos da pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (URFGS), em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel), desenvolveram uma pesquisa intitulada AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA REDE DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL DE VIAMÃO PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE CRACK – “ViaREDE” (PINHO, 2014).

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de caráter qualitativo, que utilizou o referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração. Ela objetivou avaliar a rede de serviços de saúde mental de Viamão para o atendimento a usuários de crack, uma rede complexa e diversificada, na qual estão incluídos serviços de saúde da atenção básica, serviços da rede especializada em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e serviços de maior complexidade técnica, como o hospital geral.

O município de Viamão se localiza na região metropolitana de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul. Segundo o Plano Municipal da Saúde da

Prefeitura Municipal de Viamão (2013-2017), a cidade tem uma população estimada de 250.028 habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE VIAMÃO, 2014). O último censo realizado no ano de 2010 aponta que a projeção para o ano de 2017 é de aproximadamente 253.717 habitantes. Viamão ocupa uma extensão geográfica de 1.492 Km² e tem uma rede de saúde estruturada para o atendimento ao usuário de crack (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A cidade de Viamão foi escolhida por possuir uma ampla oferta de serviços em saúde composta por 88 pontos de atenção à saúde, divididos entre os setores privado e público. Em relação à saúde mental, possui leitos de internação psiquiátrica no hospital geral, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo três para atender o público adulto e um destinado ao público infante-juvenil, e dezoito Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo cinco delas com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma equipe de consultório na rua (PREFEITURA MUNICIPAL DE VIAMÃO, 2014).

A pesquisa “ViaREDE” coletou os dados através de entrevistas individuais com usuários, familiares, trabalhadores e gestores do sistema de saúde mental, somando cerca de quarenta participantes. Ao final de cada etapa com os grupos de interesse específicos, foi marcado um encontro de negociação, de modo a validar as informações trazidas por eles em relação à dinâmica e os processos de trabalho em rede (PINHO et al, 2014).

A negociação é uma etapa fundamental prevista pela Avaliação de Quarta Geração. Trata-se de um momento em que os entrevistados têm oportunidade de compartilhar e conhecer o material empírico oriundo da coleta, de modo que todos entrem em contato com diferentes opiniões acerca do objeto avaliado. Resguardando-se todos os princípios éticos que levam em consideração o anonimato, a negociação é uma etapa final de validação dos dados, que, no ViaREDE, subsidiou os pesquisadores sobre o que, como é e que tipo de informação seria levada e discutida no relatório final da pesquisa (PINHO et al, 2014).

Em contato com o relatório da pesquisa “ViaREDE”, constatei que ele respondia a uma inquietação pessoal. Notava, em minhas experiências acadêmicas, a dificuldade de atendimento a essa população específica nos serviços da rede básica. Durante o período de estágio da disciplina de Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental II, realizado num CAPS II que oferta os cuidados à população adulta, na cidade de Porto Alegre - RS, percebi o quão difícil é acolher os usuários do serviço pela sua complexidade, entender

as suas necessidades pessoais e de seus familiares e constatei que existe uma grande dificuldade em transitar pelos pontos de atenção da rede de serviços.

Essa vivência reforçou a percepção que eu já tinha adquirido quando trabalhei como técnico de enfermagem numa clínica psiquiátrica, referência em tratamento de dependência do uso de drogas, inclusive o crack, na zona sul da cidade de Porto Alegre. Trabalhava na unidade de internação dos usuários de crack, onde era realizado o primeiro contato entre o usuário e seus familiares com os serviços disponibilizados. Notava o abalo emocional dos familiares, a dificuldade em relatar os problemas decorrentes do uso do crack, o desgaste familiar com a situação e o enfraquecimento dos vínculos afetivos. O usuário encontrava-se geralmente emagrecido, sujo, aparência desleixada, em condições sub-humanas. Um momento que me entristecia muito era quando os familiares se despediam do usuário, pois o mesmo passaria por um período de internação, sendo que ficariam aproximadamente duas semanas sem contato, sendo este um acordo como parte do tratamento. Essas situações traziam-me algumas reflexões como, será que o serviço oferecido aos usuários de crack e sua família condizem com as suas expectativas, será que esses cuidados terão resultados positivos?

Como acadêmico do 10º semestre da graduação em enfermagem e usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), acredito que existe uma divergência entre o cuidado que o usuário de crack e sua família esperam receber em comparação com o que é oferecido na atenção básica. O cuidado ofertado na atenção básica aos pacientes da saúde mental, inclusive aos usuários de crack, deve ser reorganizado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), utilizando ações comunitárias que favoreçam a inclusão social destes na sociedade. Entretanto, os serviços disponíveis na atenção básica não são suficientes para suprir a demanda de saúde mental da população brasileira (CORREIA et al, 2011).

Como já mencionado, o uso do crack é devastador tanto para a família como para o usuário (SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013; KOLLING; et al, 2011). Portanto, é preciso que os profissionais, principalmente a equipe de enfermagem, estabeleçam maior vínculo e contato com o paciente e familiar (SCHIMIDT, 2012), procurando entender qual tipo de necessidades os usuários de crack e seus familiares têm e qual seria o cuidado mais efetivo nesse contexto.

Acredito que a melhor maneira de compreender as necessidades dos usuários e família é ouvindo o que pensam sobre os cuidados oferecidos na atenção básica, local esse estratégico na rede de saúde porque é lá que formam os primeiros vínculos com o sistema público, é lá que está inserido o serviço mais próximo à realidade das pessoas.

Para isso, o presente estudo buscará responder à seguinte questão norteadora: **“Qual é a percepção de usuários de crack e seus familiares sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica?”**

Entendo que essa discussão trouxe subsídios para a minha prática assistencial como futuro enfermeiro que terá contato com famílias e usuários em diferentes situações. Também me traz possibilidades de aprofundamento do conhecimento teórico sobre um tema amplamente debatido e não menos complexo ao campo das políticas públicas de saúde mental e dos serviços da rede. Além de aprofundar os conhecimentos na área da saúde mental, espero que esta pesquisa sirva como ferramenta para a prática de enfermagem, oportunizando a melhora do cuidado prestado aos usuários de crack, de uma forma holística e humanizada. Para que isso ocorra, faz-se necessário entender que cuidados esperam receber os usuários de crack e seus familiares na Atenção Básica (AB).

2. OBJETIVO

Compreender a percepção dos usuários de crack e seus familiares sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A Atenção Básica no Contexto da Saúde Mental ao Usuário de Crack e Seus Familiares

Vigorando no Brasil até o final da década de 1970, os cuidados em saúde mental centrado no modelo asilar passou por mudanças de acordo com a Reforma Psiquiátrica. Era necessário cuidar dos pacientes em sofrimento mental de forma humanizada, valorizando o sujeito, seus valores e suas diferenças (COSTA, 2012; PINHO, SINIAK, 2017). A Reforma Psiquiátrica possibilitou a oferta de cuidados diferenciados, baseados em mudanças nos saberes e nas práticas assistenciais. Inicialmente esse cuidado diferenciado humanizado era realizado dentro do espaço hospitalar. Mas, para que o princípio da desospitalização proposta pela Reforma Psiquiátrica fosse colocada em prática, era necessário a criação de uma rede assistencial substitutiva a internação hospitalar de longa permanência, sendo que esta rede deveria ser respaldada por legislações específicas para que passasse a vigorar (COSTA, 2012).

No dia 23 de dezembro de 2011, amparada pela Portaria nº 3.088, entrou em vigor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A Portaria dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como objetivo geral a ampliação do acesso aos serviços da população, a promoção de vínculos das pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack e seus familiares aos pontos de atenção, a garantia da articulação e integração entre os pontos de atenção da rede de saúde no território, recebendo um cuidado baseado no acolhimento e acompanhamento contínuo dos pacientes (BRASIL, 2011).

A RAPS têm como objetivos específicos a promoção de cuidado em saúde, especialmente de grupos vulneráveis como os usuários de crack, a prevenção do consumo de drogas ilícitas, a redução dos danos causados pelo consumo delas, a reabilitação e a reinserção social, a garantia de acesso ao trabalho, renda e moradia. Segundo a Portaria nº 3.088, a RAPS tem como princípios e diretrizes o respeito aos direitos humanos, o cuidado em liberdade, o combate a estigmas e preconceitos, o cuidado integral, a diversificação das estratégias de cuidado, a promoção da autonomia, a adoção de

estratégias para a redução de danos, o controle social dos usuários e seus familiares, estratégias de educação permanente e a construção de um projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

Para que a RAPS possa alcançar seus objetivos, é necessário que existam os “nós” da rede, ou seja, os pontos de atenção que disponibilizam os cuidados (PINHO et al., 2017). A RAPS é formada por sete componentes responsáveis pelo cuidado que são a Atenção Básica em Saúde, a Atenção Psicossocial Estratégica, a Atenção de Urgência e Emergência, a Atenção Residencial de Caráter Transitório, a Atenção Hospitalar com leitos de internação psiquiátrica, as Estratégias de Desinstitucionalização e as Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Adotada pelo governo como estratégia para reestruturação do modelo de atenção em saúde pública na década de 1990 (BORGES; BAPTISTA, 2010), a Atenção Básica em Saúde tem como pontos de oferta de cuidados as Unidades Básica de Saúde (UBS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que juntamente com as equipes do Consultório de Rua (CR) são amparadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Sendo considerada a principal “porta de entrada” para os usuários de crack no Sistema Único de Saúde (SUS) (PAULA et al., 2014), a atenção básica possibilita solucionar grande parte dos problemas de saúde da população, com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e a manutenção da saúde da comunidade que está sob sua responsabilidade territorial (CAMPOS et al., 2014).

A atenção básica no contexto da saúde mental configura um campo de práticas e de produção de novos cuidados. Pela sua proximidade com a comunidade, ela é capaz de conhecer as relações interpessoais e ambientais, bem como as necessidades em saúde mental da população adscrita (AOSANI; NUNES, 2013).

Os cuidados em saúde mental aos usuários de crack e seus familiares devem promover novas possibilidades de modificar para melhor as condições de vida, tendo uma visão ampliada do usuário como um ser com várias necessidades e não somente centrado na doença. Na atenção básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental ocorre no cotidiano dos encontros entre os profissionais de saúde, os usuários e seus familiares. Nestas ocasiões criam-se novas ferramentas e estratégias para construir juntos o cuidado (SOUZA; et al, 2016; BRASIL, 2013).

Uma das formas de realizar o cuidado na Atenção Básica é acolhendo o usuário de crack e seus familiares. O acolhimento é um dispositivo para a formação de vínculo e

uma relação de confiança entre as partes, sendo estes essenciais para o sucesso do tratamento (SOUZA et al, 2016; BRASIL, 2013). Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde e deve ser construído de forma coletiva, garantindo o acesso do usuário às tecnologias que vão suprir suas necessidades através da escuta qualificada. A prática do acolhimento permite que todos sejam atendidos de acordo com a avaliação de suas vulnerabilidades (BRASIL, 2013).

Na prática, o acolhimento é receber o usuário e seu familiar, ouvir suas queixas e demandas, responsabilizando-se por uma atenção que resolva suas preocupações quando possível ou articulando com outros pontos da rede que possam saná-las (CRUZ, 2016). Quando acolhemos os usuários de crack e seus familiares, criamos um espaço que possibilite a solidariedade, a efetividade, a compreensão, a autonomia, a ética e a cidadania, tornando o usuário e seu familiar sujeitos do tratamento, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica (SOUZA et al, 2016).

Segundo Cruz (2016), as demandas mais frequentes envolvem sofrimento físico e emocional, conflitos familiares que levam ao rompimento de vínculos afetivos, problemas de carências sociais e envolvimento com questões legais. No momento do acolhimento é fundamental definir as prioridades e o que a rede de atenção pode oferecer ao usuário e seus familiares, deixando visível a eles a preocupação em atender suas demandas.

Juntamente com o acolhimento, a escuta qualificada deve permear os cuidados aos usuários de crack e familiares na atenção básica. Ela permite que o usuário expresse seu sofrimento e ouvi-lo atentamente faz com que ele encontre no profissional uma pessoa interessada por sua vida e disposto a ajudá-la. Por parecer um cuidado simples, que pode ser prestado por qualquer pessoa, as vezes é ignorado pelos profissionais de saúde (CRUZ, 2016).

Escutar os usuários faz com que ele reflita sobre a relação de seus conflitos e sofrimentos com as suas ações, pensamentos e discursos. O exercício de narrar seu sofrimento pode criar no usuário novas possibilidades de olhar sobre suas escolhas e atitudes, dando um novo significado ao “eu”. O profissional de saúde pode também propor, após a escuta atenta, novas formas e estratégias de lidar com o sofrimento dos usuários e de seus familiares (BRASIL, 2013).

Outro cuidado na atenção básica é a realização de oficinas terapêuticas nas unidades de saúde. As oficinas terapêuticas compõem um dispositivo que visa efetivar o cuidado integral proposto pela Reforma Psiquiátrica. As atividades realizadas podem ser

coordenadas por qualquer membro da equipe multiprofissional (GUIMARÃES; GUAZZELLI, 2012). Elas constituem-se em novas práticas, um meio de inserção social, criando um espaço para o convívio, de criação, onde é devolvido ao paciente o direito de inventar, escolher, opinar, de se relacionar e se sentir acolhido. As oficinas permitem ao sujeito estabelecer laços de cuidados consigo, de respeito ao outro, trabalho e afetividade (MENDONÇA, 2010; VALLADARES et al, 2003). Mais que desenvolvimento de habilidades, as oficinas introduzem na cultura a diferença que a doença mental representa. As práticas nas oficinas servem como a reinvenção do “eu”, do cotidiano e da capacidade. Serve como um ambiente para a ampliação de acolhimentos e vínculos. (MENDONÇA, 2010).

Segundo Valladares et al (2003), as oficinas devem seguir alguns princípios básicos como:

- Ser um meio de projetar seus sofrimentos e conflitos internos;
- Valorização do potencial criativo, expressivo e imaginário do paciente;
- Fortalecimento de autoestima e da autoconfiança;
- Reinserção social;
- Uma miscigenação de saberes e intervenções;
- Reconhecimento da diversidade.

De um modo geral, as oficinas podem ser divididas em: oficinas expressivas, com a realização de trabalhos plásticos como pinturas, esculturas em argila e desenhos; oficinas de expressão corporal que trabalham com a dança, ginástica e peças teatrais; oficinas de expressão verbal que desenvolvem habilidades de leituras, redação de textos; e a expressão musical com atividades musicais e de canto; oficinas geradoras de renda com aprendizagem de uma profissão como costura, culinária, marcenaria e as oficinas de alfabetização que tem como propósito a aprendizagem e aprimoramento da leitura e da escrita (GUIMARÃES; GUAZZELLI, 2012).

Para que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) bem como as Estratégias de Saúde da Família (ESF) possam prestar os cuidados aos usuários de crack, é necessário que recebam o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASFs são dispositivos que garantem a articulação entre as equipes de saúde da família e as equipes de saúde mental, sendo o NASF também responsável pelo matriciamento que são ações de supervisão, capacitação da equipe de saúde mental para a equipe de atenção à saúde,

sendo que ambas compartilham o cuidado ao usuário de crack e seus familiares (BARROS; SALES, 2011).

Trabalhando concomitantemente com a Estratégia de Saúde da Família, o NASF pode articular ações intersetoriais como identificação de casos, oferta de assistência e redução de danos e prevenção ao uso de drogas em palestras e oficinas em escolas, igrejas e outros segmentos da sociedade e a inserção dos usuários de crack na rede de atenção (BRASIL, 2010).

O Consultório de Rua (CR), que foi instituído pela Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2012, trabalhando em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde e as Estratégias de Saúde, desenvolve ações em saúde de forma itinerante em parcerias com os pontos de atenção básica, indo até os usuários em situação de rua no seu território. Os CRs podem ser de três modalidades, variando de acordo com a equipe multiprofissional. Na saúde mental, os CRs identificam e abordam os usuários de crack, fazem ações educativas em saúde e o encaminhamento dos usuários aos serviços da rede (BRASIL, 2012).

Paula et al (2014) aponta ainda outras ações de cuidados que a atenção primária pode desenvolver: a identificação no território de usuários de crack em situação de ruptura de laços afetivos, a articulação com os CAPS do município, sendo que ambos devem propor o projeto terapêutico individual, a realização do mapeamento dos usuários de crack e seus familiares, a proposta de abordagens e as ofertas de tratamento de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

Entretanto, existem algumas dificuldades da atenção básica em prestar os cuidados aos usuários de crack e seus familiares. Muitas vezes é tratado somente os sintomas agudos em atendimentos rápidos que visam apenas a estabilização do quadro em vez de abordarem a prevenção do uso do mesmo. Diante disso, conclui-se que os cuidados devem ir além do controle dos sintomas e não devem limitar-se apenas ao usuário, mas sim devem estender-se para a comunidade e família (PAULA, 2014).

Autores também apontam que nem sempre os serviços disponíveis na atenção primária em saúde apresentam condições para atender a demanda dos usuários de crack e seus familiares. A falta do atendimento ocorre às vezes ocorre a falta de recursos financeiros e pessoais, a desconexões entre os serviços da rede, a falta de capacitação dos profissionais, o não reconhecimento dos profissionais da saúde sobre suas responsabilidades frente ao usuário de crack e seus familiares, contribuindo negativamente para o cuidado efetivo (VARELA, 2016; AOSANI; NUNES, 2013).

Por ser um serviço com a característica de estar em constante contato e conhecer bem o cotidiano da comunidade, a atenção básica tem um papel fundamental na identificação e na inclusão dos usuários de crack e seus familiares na rede de atenção. A abordagem do tema do uso de crack na atenção básica é a chave para o sucesso dos cuidados, sendo que suas ações devem estar voltadas para a prevenção, o diagnóstico precoce, os cuidados com os agravos e o trânsito do paciente entre os pontos da Rede de Atenção Psicossocial (PAULA et al, 2014).

A estruturação da rede é de vital importância para o processo de inclusão do usuário nos cuidados contribuindo para o resgate da autonomia e cidadania (SCHNEIDER, 2009). A articulação entre os pontos da rede incita a responsabilização terapêutica em parceria, fortalecendo as práticas para um cuidado não-fragmentado, abrindo caminho para uma clínica ampliada (VARELA et al., 2016).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo tem caráter qualitativo e descritivo. Segundo Polit e Beck (2011), o estudo qualitativo é flexível, ajustando-se ao que é pretendido durante a coleta de informações e holístico, pois busca a compreensão do todo. É indicado quando se deseja conhecer um fenômeno ou uma percepção.

Trata-se de um estudo secundário, sendo que este utilizou o banco de dados das entrevistas com usuários de crack e familiares da pesquisa AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA REDE DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL DE VIAMÃO PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE CRACK – “ViaREDE” (PINHO, 2014).

4.2 Campo de Estudo

O estudo primário utilizou o Centro de Atenção Psicossocial II Álcool e Drogas (CAPS II AD) Nova Vida do município de Viamão como polo estratégico para a experiência de avaliação da rede de atenção primária.

O CAPS II AD Nova Vida é um importante serviço na constituição da rede de atenção à saúde mental a usuários de álcool, crack e outras drogas. O referido serviço está localizado em uma casa na região central da cidade de Viamão. Atende uma média de 200 usuários adultos. Trabalha na perspectiva de “portas abertas” aos usuários e famílias, conforme preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

O CAPS II AD Nova Vida conta com uma estrutura física composta de: recepção, ambiente de espera, banheiros (feminino e masculino), sala de estar, sala de atividades em grupo, sala da equipe, duas salas de atendimentos individuais, uma cozinha equipada, um refeitório, pátio com cancha de esportes, horta, sala administrativa e sala de dispensa (para produtos de higiene).

4.3 População e Amostra

A população do estudo “ViaREDE” foi composta por quatro grupos de interesse, sendo dez usuários de crack em acompanhamento no CAPS AD II Nova Vida, onze

familiares dos usuários deste serviço, oito trabalhadores do CAPS em questão e sete gestores dos serviços de saúde mental do município de Viamão. Os critérios de inclusão da pesquisa “ViaREDE” foram os seguintes:

- a) **Usuários de crack:** foram incluídos dez usuários que estavam em acompanhamento no CAPS II AD Nova Vida durante o período de coleta de dados. Esses usuários participavam das diferentes atividades propostas pelos serviços e tiveram, em vários momentos, trânsito pela rede em busca de atendimento para suas necessidades decorrentes da dependência de crack.
- b) **Familiares dos usuários de crack:** foram incluídos onze familiares consanguíneos de usuários que estavam em acompanhamento no serviço. Alguns desses familiares também estavam vinculados ao Grupo de Familiares, desenvolvido toda quarta-feira pela manhã nas dependências do CAPS II AD Nova Vida.
- c) **Trabalhadores da saúde:** foram incluídos oito trabalhadores do CAPS II AD Nova Vida, sendo: dois psicólogos, um médico psiquiatra, um terapeuta ocupacional, um oficineiro, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um auxiliar administrativo. Trabalhadores em licença ou férias no período de coleta de dados foram excluídos da pesquisa.
- d) **Gestores:** participaram das entrevistas sete profissionais. Destes, cinco eram membros do Colegiado da Saúde Mental, órgão que monitora, avalia e planeja a política pública de saúde mental do município, sendo eles: três psicólogas, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional. Além disso, também participaram do grupo de interesse dos gestores duas enfermeiras, responsáveis técnicas pelos serviços de atenção básica e pela equipe de saúde mental do hospital geral do município.

No presente estudo, foram analisadas as entrevistas com os dez usuários de crack que estavam em acompanhamento no CAPS II AD Nova Vida e onze familiares desses usuários, totalizando vinte e um entrevistados. Para manter o anonimato dos participantes,

os usuários serão identificados pela letra “U” e os familiares pela letra “F” precedido pelo algarismo correspondente na ordem em que foram entrevistados.

4.4 Coleta de Dados

A pesquisa “ViaREDE” utilizou observação participante e entrevistas semiestruturadas com questões norteadoras (Anexo A) específicas de acordo com os grupos de interesse. No caso das entrevistas, elas foram gravadas em dispositivo de áudio e transcritas posteriormente para análise. As entrevistas foram realizadas em local adequado nas dependências do CAPS II AD Nova Vida. Também foram realizadas em domicílio, principalmente a de alguns familiares. No presente estudo, utilizamos as entrevistas que foram gravadas e transcritas dos usuários de crack e seus familiares.

4.5 Análise de Dados

A análise dos dados foi mediante a Análise de Conteúdo modalidade Temática a qual é composta de três distintas fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados e interpretação (MINAYO, 2008). As etapas estão descritas a seguir:

- **Pré-análise:** a primeira etapa consiste na organização do material, objetivando operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, realizando a leitura para apropriar de sua estrutura, definindo unidades de significado e registrando as impressões iniciais frente ao material.
- **Exploração do Material:** corresponde a etapa mais longa da análise, empregando-se uma leitura exaustiva e repetitiva do material, prosseguindo com a codificação e estruturação de categorias.
- **Tratamento dos Dados e Interpretação:** nesta última etapa há de se desvendar o conteúdo subjacente ao que está manifesto, voltando-se para as características do fenômeno estudado (ideologias, significados, concepções).

Durante a análise dos dados, foi realizada uma leitura flutuante das entrevistas para familiarização, sendo precedida de várias leituras exaustivas, como o objetivo de

compreender o material possibilitando o agrupamento em duas temáticas divididas em três sub temáticas cada, conforme apresentadas a seguir:

a) Modelo de atendimento da Atenção Básica: subdivididos em Fila de Espera, Modelo de Fichas e Dificuldade de Encaminhamento Para o Serviço Especializado;

b) Percepção Sobre o Funcionamento da Atenção Básica: subdivididos em Qualidade nos Serviços de Saúde, Falta de Recursos Humanos e da Qualificação Profissional e Preconceito, Estigma e Discriminação com o Usuário de Drogas.

4.6 Aspectos Éticos

A pesquisa “ViaREDE” foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS). Posteriormente, após apreciação e solicitação do CEP/UFRGS, a pesquisa foi avaliada pelo CONEP/MS sob o nº16740, recebendo parecer favorável à sua execução (Parecer 337/2012). (Anexo B).

Este estudo foi encaminhado para apreciação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ) e obteve parecer favorável para sua realização. (Anexo C). Para utilização do banco de dados da pesquisa “ViaREDE” foi solicitada autorização ao coordenador da pesquisa (Apêndice B).

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir serão analisados os resultados do presente estudo, preservando a identidade e respeitando a percepção de cada participante da pesquisa. Após leitura exaustiva da transcrição das entrevistas, os dados foram agrupados em categorias para uma melhor compreensão, e ainda foram discutidos à luz da revisão da literatura pertinente e atualizada sobre os temas.

5.1 Modelo de Atendimento da Atenção Básica

Esta categoria compreende as seguintes subcategorias: Fila de Espera, o Modelo de Fichas e a Dificuldade de Encaminhamento para o Serviço Especializado.

5.1.1 Fila de Espera

A fila de espera foi apontada como uma das dificuldades no atendimento realizado para a atenção aos usuários de crack e seus familiares, ficando evidenciado nas seguintes falas:

“Pegar o ônibus e ficar ali, na fila, ser assaltada ou levar uma paulada...” (F1);

“... é terrível por que não dá nem para ficar na fila por causa dos assaltos...” (F1);

“ O posto de saúde para tu conseguir ficha só de tu dormir na fila...” (F2);

“Eu sozinha, da minha idade, sair de madrugada para vir para a fila...” (F5);

“...ruim é a fila de espera, quando tu está realmente necessitando de uma internação... é ruim por que tu ficas naquela espera ali...” (U3);

“..., mas nesses postos é um sacrifício, depender de saúde o cara morre, morre na fila. ” (U5);

“... o pessoal não pode ficar muito tempo esperando...” (U9).

Conforme descrito nas entrevistas, os usuários e seus familiares precisam sair cedo de casa, esperando muito tempo em filas e acabam ficando expostos a situações que colocam em risco sua integridade física, como assaltos e agressões.

Uma reportagem publicada em 15 de maio de 2018, pelo Jornal Zero Hora da cidade de Porto Alegre, apontou que o tempo de espera por uma consulta num posto de saúde referência na capital gaúcha chegou há seis horas. O primeiro paciente chegou por volta da 01h e 30min da manhã, sendo que as 7h já haviam sido contabilizadas 150 pessoas na fila em espera por atendimento (BERNARDI, 2018).

O tempo de espera elevado tem-se apresentado um problema nacional crônico, que impacta na qualidade do serviço prestado. A demora pelo atendimento nos serviços públicos de saúde é a maior causa de insatisfação referida pelos usuários (CONILL et al, 2011). Segundo Neves et al (2016), a fila ocorre quando o número de pessoas que buscam atendimento supera a capacidade do serviço em atendê-las. Muitos usuários acreditam que o problema da demora seja somente culpa da falta de organização das instituições prestadoras de serviços em saúde, pois se fossem mais eficientes não haveriam filas de espera para o atendimento (NEVES et al, 2016). Entretanto, é quase impossível, segundo Passos (2008), um sistema que funcione sem a formação de filas.

Neves et al (2016) ainda relata que diversos fatores contribuem para a formação de filas, como o acúmulo de usuários no mesmo período para atendimento por motivos de doenças, a escassez de recursos humanos e por falhas do sistema informatizado. Conill et al (2011) ainda destaca a insuficiência de recursos financeiros como a principal causa da demora no atendimento e consequente formação de fila nos serviços de saúde. Segundo os autores, estudos europeus apontam que, quanto mais se investe em saúde, menor é o tempo de espera pelos serviços.

Neves et al (2016) descreve que os administradores dos serviços de saúde apontam a falta de recursos financeiros repassados pelos órgãos superiores e a redução de profissionais, como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, como causa do atraso do atendimento e consequente formação de filas nos serviços de saúde. O estudo mais adiante ainda revela que, para uma maior agilidade no atendimento, faz-se necessário um maior compromisso dos profissionais de saúde com o seu trabalho, de forma a agilizar os processos no atendimento à população, bem como uma maior participação da comunidade nos problemas da unidade.

Conforme a Constituição Federal, em especial a Lei 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, o controle social é o principal mecanismo fiscalizatório das ações em saúde, sendo o cidadão usuário do SUS convidado a participar das palestras em

reuniões que tem por objetivo discutir e decidir as soluções para os problemas de sua unidade de saúde (BRASIL, 1990; NEVES et al, 2016). Os Conselhos de Saúde são os locais onde a população de forma autônoma pode interferir no processo de gestão das políticas públicas, criando estratégias para a melhoria nos serviços de saúde. Dessa forma, faz-se necessário a participação social aconteça na prática, tornando a sociedade um ator principal nas políticas públicas de saúde, deixando de ser um mero espectador (ROLIM, 2013).

Eu já estive presente em vários Conselhos Municipais de Saúde. São excelentes ocasiões para debater e propor melhorias no atendimento nos serviços públicos de saúde. Entretanto, toda e qualquer ideia de melhorias esbarram numa única situação: a falta de recursos financeiros investidos na saúde pública. Para diminuir o tempo de espera nas filas é necessário investir em recursos humanos, com a contratação e a qualificação dos profissionais, remuneração salarial adequada, melhorias nas instalações das unidades de saúde, com a aquisição de materiais que auxiliem os profissionais.

5.1.2 Modelo de Fichas

A necessidade de conseguir uma ficha para atendimento nos serviços públicos de saúde está presente na vida da população. Geralmente quem vai para a fila de espera para tentar conseguir uma ficha para ser atendido são os familiares, conforme descrito nos trechos a seguir:

“Ela disse que tinha que vir bem cedo, de madrugada buscar ficha. ” (F1);

“... a gente tem que dormir lá para poder conseguir uma ficha...” (F1);

“O posto de saúde para tu conseguir ficha...” (F2);

“O difícil é conseguir ficha...” (F2);

O modelo de fichas para atendimento, mesmo sendo utilizada em muitos serviços de saúde, vai na contramão da proposta da equidade do SUS. Esse modelo submete o usuário do serviço a uma situação desconfortável, uma vez que a prioridade se dá pela ordem de chegada, e não pela real necessidade de cada um (MOCELIN et al, 2018).

Para solucionar esse problema, o Ministério da Saúde em 2006 apresenta uma reformulação do processo de trabalho na atenção básica, baseado na Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH propõe o atendimento centrado no acolhimento, com classificação de risco e posterior análise de vulnerabilidade (CAMELO et al, 2016).

Segundo a PNH, acolher significa reconhecer a necessidade de saúde do outro de forma legítima e singular. O acolhimento deve ser realizado através da escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores de saúde, oportunizando o acesso dos usuários do serviço às tecnologias adequadas à sua necessidade (BRASIL, 2012). É a partir do acolhimento com a escuta qualificada que se estabelece a criação de um vínculo baseado na confiança entre profissional e usuário do serviço, buscando a resolução do problema de saúde do indivíduo (MOCELIN et al, 2017). Segundo Mocelin et al (2017), o ato de acolher de forma espontânea aumenta resolutividade do serviço e impacta positivamente na diminuição do uso de serviços para demandas desnecessárias.

O acolhimento propõe inverter a lógica da organização e funcionamento dos serviços, atendendo todas as pessoas que buscam soluções para seu problema de saúde, pois o acolhimento não estabelece um número fixo de usuários que serão atendidos, sendo responsável por deslocar o eixo centrado no profissional médico, pois nem todos os usuários que buscam atendimento nos serviços de saúde para o seu problema necessitam consultar com esse profissional. As demandas em sua grande maioria podem ser solucionadas por outros profissionais da atenção básica. Desta forma, redirecionar a demanda para o profissional correto contribui de forma significativa na diminuição de filas, fazendo desnecessário o uso de fichas para o atendimento (CAMELO et al, 2016). Portanto, o acolhimento é uma ferramenta tecnológica que reorganiza os serviços, garantindo a resolubilidade dos problemas e garantindo o acesso universal à comunidade (CAMELO et al, 2016).

No meu ponto de vista, é de extrema importância acolher os usuários do serviço e atender suas demandas e acho que esta nova forma de organizar o serviço diminui o tempo de espera tornando desnecessário o uso de fichas para atendimento. No entanto acredito que, para uma agilidade maior no atendimento, diminuindo o tempo de espera, faz-se necessário que exista um quadro de profissionais adequado, capacitados, com estrutura física e material para atender a demanda da comunidade. O ato de não utilizar o sistema de fichas não significa que usuário será atendido num período menor de tempo, pois o primeiro contato do usuário do serviço de saúde se dá por ordem de chegada. Conforme mencionado anteriormente, são necessários mais investimentos no âmbito da saúde por parte dos gestores para que se possa atender os usuários de forma ágil e resolutiva.

5.1.3 Dificuldade de Encaminhamento Para o Serviço Especializado

Durante as entrevistas, alguns usuários de crack e seus familiares apontaram a dificuldade de conseguir um encaminhamento para o serviço especializado, conforme destacados nos fragmentos a seguir:

“... quando tu chegas lá para resolver um problema a primeira pessoa te manda para um determinado lugar, tu te deslocas e não é lá que vai ser resolvido, então tu retornas de novo...” (U6);

“Mais tem que levar para o posto de saúde, aí tu vais para o posto e te mandam para o hospital de Viamão, e do hospital de Viamão te mandam para o São Pedro...” (F4).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), ampara da pela Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2012), que tem como objetivo a realização de encaminhamentos dos usuários a outros pontos da rede, responsabilizando-se pelo cuidado integral, respeitando os fluxos assistenciais, além de servir como porta de entrada – o início do fluxo do usuário nos pontos de atenção à saúde. Vale ressaltar que a resolubilidade da demanda dos usuários dependerá do correto funcionamento da rede de atenção em outros níveis assistenciais (SILVEIRA et al, 2018).

Segundo Spedo et al (2010), o acesso aos serviços da atenção especializada ou de média complexidade ainda é um entrave para a integralidade do cuidado. Os autores ainda relatam que a dificuldade em acessar os serviços especializados deve-se a baixa qualidade dos serviços, à precarização dos salários, a desorganização da rede de atenção à saúde, à falta de integração e articulação entre os níveis de atenção e a falta de investimentos financeiros.

Spedo et al (2010) ainda descreve que a baixa resolutividade da atenção básica está associada com questões que envolvem as estruturas físicas do serviço, o processo de gestão do trabalho e a falta de capacitação dos profissionais envolvidos, acarretando no aumento da procura por serviços especializados. Para o autor, a visão dos usuários centrada no atendimento do médico especialista corrobora para o aumento da busca por serviços da atenção especializada. A reduzida oferta do número de vagas para especialidades, a alta devolução de encaminhamentos pelo preenchimento incorreto das informações dos usuários e a pouca comunicação entre os níveis de atenção foi apontado

por Silveira et al (2018) como dificultadores no processo de acesso aos serviços especializados.

Para facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde especializado, foi instalado um sistema informatizado para redirecionar o fluxo dentro da rede de atenção. Entretanto essa ação não foi suficiente, necessitando de mais investimentos em qualificação e capacitação profissional e estrutural por parte dos gestores, além da implantação de ações articuladas orientadas pela necessidade de saúde da comunidade, o uso racional dos recursos disponíveis e a melhora da comunicação entre os profissionais da atenção básica e as centrais de regulação de consultas, sendo estes itens apontados pelos autores como forma de agilizar a disponibilidade de ofertas aos serviços especializados (SPEDO et al, 2010; SILVEIRA et al, 2018).

Ainda perdura a crença do atendimento centrado no profissional médico, mas como mencionei antes, para diminuir o tempo de espera e melhorar o acesso aos serviços de saúde em quaisquer níveis de atenção, faz-se necessário investimento maciço, em qualificação profissional, adequação do número de profissionais, com uma remuneração adequada a função e melhorias nos estabelecimentos que prestam os serviços.

5.2 Percepção Sobre o Funcionamento da Atenção Básica

Esta categoria está subdividida em: A Qualidade dos Serviços de Saúde; A Falta de Recursos Humanos e a Qualificação Profissional e o Preconceito, Estigma e Discriminação com o Usuário de Drogas.

5.2.1 A Qualidade dos Serviços de Saúde

Durante as entrevistas com os usuários e familiares, ficou claro o descontentamento com a qualidade do serviço prestado na atenção básica. Em contrapartida, alguns se sentem contemplados com o atendimento que receberam, ambos evidentes nos seguintes fragmentos:

“... o atendimento foi bom, rápido para a primeira vez, meia hora me chamaram...” (U10);

“... no outro dia eu fui no posto, no postinho da 32 e tinha os remédios...” (U10);

“... eu sempre fui bem atendida ali...” (F1);

“... e lá dentro no momento que a gente consegue ficha até que é bem atendido...” (F1);

“... quando tu está lá dentro é bem atendido...” (F2).

“Péssimo! ” (U5);

“Eu não quero atendimento específico ou prioritário, mas acho que tinha que ser melhor... intercala, atende dois e atende um drogado...” (U6);

“E muito lugares desses não tem atendimento adequado para o usuário. ” (U8);

“Eu queria que no posto eles atendessem a gente mais rápido! ” (F1);

“Podia fazer com que eles (posto de saúde) abrem as sete horas...” (F2);

“... eles te botam mil e uma coisas, mas ninguém consegue resolver teu problema...” (F4);

“... o posto de saúde não funciona de fato não funciona...” (F4);

Tem que ter como ter um avaliador... tem que ter um avaliador para o próprio profissional...” (F4);

“Fui mal atendida lá! ” (F6);

“Daí eu fui mal atendida por ela (médica) e tive que marcar médico ali na 46, em outro posto...” (F6);

O nível de satisfação dos usuários em relação à forma como é prestado os serviços na atenção básica é um tema que ganha destaque no contexto das práticas em saúde (GUILHERME et al, 2016). Atualmente a busca pela qualidade nos serviços de saúde se faz necessária devido as desigualdades sociais, as péssimas condições de vida e saúde da população, o investimento equivocado de recursos, à ineficiência dos serviços e a falta de equidade na distribuição dos cuidados (MARTINS et al, 2014).

Inchauspe et al (2018) citou os sete atributos que sustentam a qualidade: a eficácia, que significa fazer o melhor com o que temos; a efetividade que é a busca de alcançar o melhor quando não houver condições favoráveis; a eficiência que significa alcançar o efeito máximo com baixo custo; a aceitabilidade que reflete na expectativa do usuário do serviço sobre o que lhe é oferecido; a otimização que está ligada a criação de condições favoráveis para a solução de algum problema; a legitimidade, que está ligada a aceitação

e aprovação do serviço pelo usuário e por último a equidade, relativa ao esforço de ofertar o serviço de acordo com a necessidade de cada um.

A falta de qualidade dos serviços em saúde prestados na atenção básica leva os usuários a tornarem-se mais exigentes e menos tolerantes, solicitando acessos aos médicos, procedimentos e exames num curto período de tempo (SAVASSI, 2012).

Para que se possa atender a essa demanda com qualidade, faz-se necessário um processo de avaliação, pois esta é uma forma de buscar a melhoria na qualidade dos serviços prestados, sendo um momento oportuno para discutir o cuidado com o usuário (GUILHERME et al, 2016). A avaliação possibilita planejar as ações de acordo com a demanda em saúde da comunidade, permitindo o planejamento e um controle técnico e social sobre os serviços e programas, sendo o quesito qualidade peça fundamental para a avaliação. (SANTIAGO et al, 2012).

Com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados na atenção básica, o Governo Federal lançou em julho de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este programa tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e melhoria na qualidade da atenção básica, elevando o nível a um patamar de qualidade nacional, aumentando o repasse de verbas de incentivo do Governo Federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento (BRASIL, 2015; SAVASSI, 2012).

Segundo Guilherme et al (2016) e Ferreira et al (2017), a avaliação dos serviços prestados em saúde é baseada em três pilares: a estrutura, que compreende os recursos utilizados pelo serviço como físicos, humanos e organizacionais adequados; já o processo se refere as técnicas que foram utilizadas, como as inter-relações que envolvem usuários, gestores e profissionais; e por último o resultado que se refere ao impacto que o contato com o serviço provocou na situação de saúde do usuário.

Um estudo realizado por Martins et al (2014) com profissionais e usuários da atenção básica, apontou que, para um serviço ser considerado de qualidade, tem que contemplar os seguintes itens na visão do usuário: facilidade para agendar consulta nos serviços, diminuir o tempo de espera, cordialidade no atendimento, facilidade para agendar consulta no serviço especializado, boa relação interpessoal, resolução dos problemas, boas condições de estrutura física e número adequado de funcionários. Para os profissionais é necessário além do acima citado a educação continuada e a motivação pessoal além da remuneração adequada ao cargo para se ter qualidade nos serviços.

Conforme visto, a satisfação dos usuários do serviço público de saúde possui múltiplos fatores que juntos ou em unidades vão designar o grau de satisfação alcançado (SILVA et al, 2015). Gomide et al (2017) relata que o grau de satisfação dos usuários está diretamente relacionado quando estes conseguem uma consulta com o médico; outros relatam que estão muito satisfeitos com os serviços quando alcançam a resolução do seu problema, independente do caminho até solucioná-lo.

Portanto, a avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de saúde pode ser uma ferramenta importante quando utilizada para guiar o processo de decisão compartilhada, na reorganização do processo de trabalho, mostrando em quais atividades ou setores devem receber investimentos, de forma coerente com a realidade da comunidade (INCHAUSPE et al, 2018).

Concluindo, para melhorar a qualidade do serviço prestado na atenção básica, segundo Savassi (2012) é indispensável investimento na qualificação profissional, com recompensa para aqueles que realmente buscam a qualidade nos serviços. Outro autor aponta que são necessárias melhorias na organização do agendamento de consultas, uma corresponsabilização pelos profissionais em acolher todos que buscam pelo serviço, priorizando quem necessita de atendimento imediato (GOMIDE et al, 2017).

Como usuário do sistema único de saúde acredito que a qualidade dos serviços prestados na atenção básica é baixa. Entendo também que a melhora na qualidade perpassa em investimentos tanto em recursos humanos e materiais, bem como a qualificação dos profissionais envolvidos. Quem tem um problema de saúde, seu ou de algum familiar, tem pressa em resolvê-lo. Durante minha caminhada acadêmica percebi que existe um descaso por parte dos profissionais em agilizar o atendimento. Uma logística diferente poderia amenizar o problema. Entretanto, para sua implantação deve ocorrer mudanças, e as mudanças geram desconforto em certos profissionais, ocasionando resistência para a adoção de um novo modelo de atendimento.

5.2.2 Falta de Recursos Humanos e da Qualificação Profissional

A falta do número de profissionais e a baixa qualificação para o trabalho foram um dos entraves apontado pelos usuários de crack e seus familiares, conforme descritos nos seguintes fragmentos:

“Tem que ter mais pessoas, mais técnicos que entendam sobre a droga...” (U3);

“Isso sim, por que se estivesse nos postos (mais profissionais capacitados), de lá tu tens como encaminhar...” (U3);

“Eles (posto de saúde) têm que ter uma pessoa preparada para todos os casos né, para a droga...” (U4);

“Devia ter (profissionais capacitados), por que estão numa epidemia, tudo que é lugar tem. ” (U8);

“Colocar nos postos pessoas que já tenham trabalhado com esse tipo de pessoa, com dependência...” (U9);

“Gente preparada nos postos de saúde para tratar esses tipos de pessoas, isso sim! ” (U9);

“... acho que os nossos atendentes de Viamão não estão preparados para lidar com pessoas que tem problemas...” (U9);

“É falta de profissionais, aí é horrível! ” (F2);

“... ter mais especialistas, mais médicos...” (F2);

“Acho que tem que colocar pessoas mais qualificadas mesmo. ” (F4);

“Só tem um médico no posto! ” (F5);

“...quer dizer, o posto ficou um mês sem médico...” (F5);

“Especialista é bem difícil...” (F5);

“Botar mais médicos, botar mais...” (F6).

Pela ampliação da expectativa de vida juntamente com o aumento de casos de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), as demandas e necessidades de saúde da população estão cada vez mais complexas (GIOVANE, VIEIRA 2013; MIRANDA,

2016; MALTA, 2017). Para atender esta complexidade, faz-se necessário ações inovadoras e o desenvolvimento de novas habilidades por parte dos profissionais visando transformar a realidade na qual vive a população. Para que se possa alcançar este objetivo, é de importância vital a adoção da Educação Permanente em Saúde (EPS) como forma de capacitar os profissionais da atenção básica para atender tal complexidade (GIOVANE, VIEIRA 2013). Segundo os autores, a EPS é uma estratégia fundamental para imprimir mudanças na graduação, pós-graduação e na educação técnica, ampliando a forma de como é vista a demanda da comunidade, buscando a acessibilidade aos serviços bem como a resolutividade dos mesmos. Para Giovane e Vieira (2013), a EPS deve alcançar a atualização do cotidiano baseado em teorias, métodos e novas tecnologias envolvendo os usuários e profissionais, proporcionando um ambiente onde ocorram as trocas de conhecimento sempre levando em conta a realidade social.

Um estudo realizado por Jales et al (2017) com 43 participantes, sendo profissionais da saúde e gestores da atenção básica de oito municípios do Estado do Rio Grande do Norte, sobre suas percepções sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) apontou que, dentre todos os entrevistados, 39 relataram que as estratégias da EPS são construídas levando em conta os temas e as necessidades definidas por todos os profissionais. Entretanto, 10 entrevistados relataram que a gestão não viabiliza a participação profissional em cursos de atualizações, qualificação e pós-graduação. Para o PMAQ-AB é primordial a implantação da EPS com o objetivo de qualificar o profissional para que esse possa estar preparado para atender as demandas específicas da população. Vale ressaltar o papel dos gestores em disponibilizar não apenas cursos aos profissionais, mas sim um planejamento e programação de ações coletivas que atuem e impactem diretamente nas necessidades e problemas de saúde da população (JALES et al, 2017).

Portanto, é de extrema importância a capacitação constante dos profissionais que atuam na atenção básica, visando à preparação para atender as demandas específicas e dinâmicas da população (MARTINS et al, 2015).

Segundo a literatura, a falta de profissionais é uma dificuldade enfrentada pelo sistema único de saúde para a melhoria do atendimento nos serviços públicos (MARTINS et al, 2015). Um estudo realizado por Fernandes e Cordeiro (2018) com 10 enfermeiros gerentes das 47 Unidades Básicas de Saúde de um município do Estado do Rio de Janeiro apontou que, 6 dos entrevistados relataram que a maior dificuldade enfrentada para

trabalhar na atenção básica é a falta de recursos humanos. A escassez de recursos humanos faz com que os profissionais que atuam na atenção básica assumam múltiplas funções, ficando sobrecarregados de atividades e repercutindo negativamente na qualidade dos serviços prestados (FERNANDES; CORDEIRO, 2018). Ferreira et al (2018) relata que o enfermeiro, com o quadro de profissionais incompleto, acaba dando suporte a outras áreas deficitárias, assumindo atividades que não são de suas responsabilidades, diminuindo o tempo que poderia atuar na assistência aos usuários do serviço.

Outro ponto destacado pela literatura é a precarização do vínculo empregatício, gerando uma alta rotatividade de funcionários, produzindo uma sobrecarga de trabalho para os que permanecem ativos no serviço, levando a fragilização do processo de trabalho e um gasto de tempo e energia no treinamento de novos colaboradores (FERREIRA et al, 2017). Segundo Ferreira et al (2017), é necessário que ocorra uma gestão compartilhada das atividades da atenção básica entre os profissionais ou que o quadro de trabalhadores seja repostado logo para que não ocorra a queda da qualidade no atendimento.

Outro autor destaca que a falta de investimentos do setor público na área da saúde em contratações de novos trabalhadores está diretamente ligada ao quadro deficitário de profissionais que atuam na área, resultando na má qualidade dos serviços prestados. Entretanto ele também afirma que é possível melhorar o atendimento gastando pouco, bastando reorganizar o processo de trabalho, sendo este um desafio para os países que estão em desenvolvimento como o Brasil (MARTINS et al, 2015).

Acredito que a falta de investimento financeiro na atenção básica seja o principal motivo para a diminuição do quadro de profissionais. Muitos prestaram concurso público, são aprovados, mas não são chamados para ocupar os cargos. Mantenho contato com os servidores que atuam na atenção básica, sendo que a grande maioria deles alegam descontentamento com a falta de um plano de carreira, a baixa remuneração salarial e o atraso na folha de pagamento, conforme noticiado pelo Jornal Zero Hora de 16 de janeiro de 2017, onde aponta a seguinte matéria: “Marchezan (atual prefeito da cidade de Porto Alegre) afirma que prefeitura vai atrasar salários de servidores nos próximos meses” (FREITAS, 2017).

Sobre a falta de capacitação profissional creio que ainda ela não ocorra de maneira eficaz, realizei vários estágios curriculares nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Unidades básicas de Saúde (UBS) na capital gaúcha e em nenhuma oportunidade ouvi o

tema capacitação. No meu ponto de vista é um tema que precisa ser investido, por mais que os profissionais se esforcem em realizar um atendimento de qualidade, o trabalho está aquém do esperado pela falta da capacitação.

5.2.3 Preconceito, Estigma e Discriminação com o Usuário de Drogas

Um dos temas que foram salientados pelos entrevistados foi o preconceito sofrido pelos usuários de crack de uma forma geral, conforme evidenciado nos seguintes fragmentos:

“... muitas vezes cheguei no posto e disse para a pessoa que eu era dependente químico deu preconceito...” (U8);

“Porque o usuário, o dependente, é muito banalizado ali fora...” (U9);

“... o pessoal condena muito nós...” (U9);

As pessoas portadoras de transtornos mentais sempre foram marcadas por estigmas e preconceitos, uma vez que suas atitudes não permeavam os preceitos humanos da razão. Por muitos anos foram classificados como perigosos, libertinos ou possuídos por espíritos malignos, devendo ficar isolados do convívio social, morando em hospícios ou tornando-se mendigos (BARBOSA et al, 2018; MARTINS et al, 2013). Portanto, a imagem da doença mental sempre esteve vinculada a pessoas perigosas, violentas, incapazes, carregada de adjetivos pejorativos (WEBER; JURUENA, 2017). Essa visão contribuiu para o surgimento de preconceito e estigmas, colocando os portadores de transtorno mentais em patamares diferentes dos demais (MARTINS et al, 2013).

Segundo Silveira et al (2011), o estigma pode ser definido como uma marca ou sinal, designando o portador a um status de deteriorado, menos valorizado se comparado aos demais. O estigma ainda pode ser resultante de um comportamento desviante, considerado anormal, uma conduta que frustra as expectativas consideradas aceitas pelos demais membros de uma sociedade (WEBER; JURUENA, 2017). A estigmatização deve ser compreendida como um processo dinâmico, construído através dos tempos por contextos históricos e sociais, modelado pelos conceitos do estigmatizador (SILVEIRA et al, 2011). Outros autores revelam que o estigma evidencia algo que extrapola o pré-julgamento, marcando quem sofre com um sinal de desonra, uma mancha na reputação tornando-o diferente dos outros (BARD et al, 2015).

Segundo Barrantes et al, (2017), o estigma pode ocorrer de dois tipos: o estigma público, onde um grupo social ou uma pessoa apoia e intensifica determinado estereótipo e age contra um grupo ou indivíduo estigmatizado; e o estigma privado ou auto estigma, que ocorre quando o ser estigmatizado acaba aceitando a condição que lhe é imposta, internalizando o estigma público, caracterizado pela perda da autoestima. Dentre os estereótipos negativos que se baseiam os estigmas, os mais comuns são a perigosidade, o comportamento imprevisível, a incompetência do indivíduo em lidar com situações, a infantilidade e a culpabilidade.

Silveira et al (2011) destacou os malefícios gerados pelos estigmas, como a perda de status na sociedade, redução da autoestima, expectativas de rejeição que prejudicam as relações sociais levando o estigmatizado ao isolamento, a baixa procura por ajuda pelo medo gerado pela discriminação levando ao aumento da vulnerabilidade e da exposição a situações de risco. O autor ainda revela que os usuários de drogas em especial são os mais estigmatizados pela população em geral, inclusive por profissionais e estudantes da área da saúde, sendo que estes apontam o usuário o único responsável por se encontrar em tal situação.

Segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, o preconceito é definido como um julgamento ou opinião concebida de forma prévia, sem o devido conhecimento sobre o assunto (HOUAISS et al, 2009). Na área da saúde mental, Bard et al (2015) define como preconceito um julgamento prematuro e inadequado atribuído ao usuário de drogas, onde é construída uma ideia sem conhecimento prévio. O autor ainda descreve que o preconceito é a valorização negativa das características do outro, implicando na negação do outro diferente e na afirmação da própria identidade como ser superior. Silva e Marcolan (2018) relatam que o preconceito pode ser familiar, social, religioso, no ambiente de trabalho e proveniente dos profissionais de saúde despreparados para prestar o cuidado.

O preconceito e o estigma juntos levam a discriminação, sendo esta definida como uma resposta comportamental, caracterizada pela atitude de separar, excluir um grupo social específico ou indivíduo, baseado no seu comportamento ou ideias, atribuindo-lhes características de menor valor social, enquanto os membros dominantes são detentores de virtudes que faltam aos demais (MASSIGNAM et al, 2015).

O estigma, o preconceito e a discriminação faz com que os usuários de drogas se sintam excluídos socialmente, inferiorizados e envergonhados de si mesmo. De modo que eles buscam o isolamento como tentativa de evitar situações desagradáveis, impedindo

que eles busquem ajuda para suas demandas. O preconceito sofrido causa o agravamento do quadro psicopatológico em virtude dos traumas sofridos em tentativas de aproximação. A falta de uma perspectiva para a solução dos problemas pode culminar no desejo de suicídio. O intenso sofrimento psíquico pode levar o usuário a buscar ajuda num ambiente religioso, entretanto algumas religiões se portam como agentes perturbadores da saúde mental, quer seja pelo fanatismo ou pelo entendimento errado sobre o transtorno mental (SILVA; MARCOLAN, 2018).

Entretanto, alguns usuários ainda recusam a ajuda dos profissionais de saúde por entender que a atenção disponibilizada a eles deveria ser mais humana, incluyente, visando todas as necessidades do indivíduo. No entanto, alguns profissionais de saúde esbarram na falta de recursos financeiros e estruturais para atender as demandas dessa população (SILVA; MARCOLAN, 2018).

Destaca-se o importante papel da mídia, um forte canal formador de opinião, no combate ao preconceito, estigma e discriminação. Campanhas em meio de comunicação pode ser um fator decisivo para a erradicação do preconceito pela conscientização em massa. A escola pode ser outro local propício para a discussão de preconceito, bem como a desconstrução de paradigmas errôneos (SILVA; MARCOLAN, 2018). Os profissionais de saúde, principalmente da atenção básica, devem ter em mente que o atendimento aos usuários de drogas não pode ser restrito a procedimentos técnicos, mas devem incluir ações nos territórios, amparadas por políticas públicas com ações direcionadas na prevenção, reabilitação e reinserção social dos usuários (SILVA, MARCOLAN, 2018; BARD et al, 2015). Bard et al (2015) refere também que é preciso discutir os temas que envolve os usuários de drogas, dissociando o conceito do uso de drogas com marginalidade e criminalidade.

Acredito que o preconceito, estigma e discriminação ocorrem no cotidiano dos usuários, e sabemos o quanto isso impacta negativamente na adesão ao tratamento. Acho que todos nós somos de alguma forma preconceituosos, quer seja por medo ou mesmo cultural, tendo em vista que somos criados numa sociedade em que é difícil aceitar que o outro é diferente. Cabe a nós profissionais da saúde mudar essa realidade, trazer a discussão à tona e fazer uma autoavaliação sobre como nos colocamos frente a esta questão.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme vimos, a loucura na antiguidade era considerada um dom divino ou associada a possessões demoníacas. Somente em 1790 que Philippe Pinel elevou o conceito de loucura a doença. Por mais de duzentos anos o enclausuramento era a única forma de tratamento para as doenças mentais. No Brasil, até o ano de 1808, os “loucos e insanos” perambulavam pelas ruas das cidades. Com a vinda da Família Real Portuguesa e a expansão comercial do século XIX, os loucos, doentes, mendigos e criminosos foram aprisionados em ambientes fechados, como a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Esta atitude tinha o intuito de “limpar as ruas”.

Já na década de 1970, o Brasil incorporou e testemunhou transformações assistenciais e conceituais sobre a loucura e doença mental. Após intensa mobilização por parte dos pacientes, familiares e trabalhadores da saúde, surgiram novas alternativas capazes de evitar o isolamento em hospitais psiquiátricos, marcando o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta por sua vez foi consolidada pela Lei Federal 10.216/2001. A referida lei preconiza, entre outros, que os cuidados às pessoas com transtorno mental sejam prestados no convívio social, com a sua participação ativa no tratamento.

Como desdobramentos dessas transformações, a Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que relata que é preciso uma lógica para o atendimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias químicas, como o crack, através da atenção básica de saúde.

A Atenção Básica em Saúde, considerada a principal “porta de entrada” para os usuários de crack no Sistema Único de Saúde, tem como pontos de oferta de cuidados as Unidades Básicas de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família e o Consultório de Rua que são amparadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Pela sua proximidade com a comunidade, a atenção básica é capaz de conhecer as relações interpessoais e ambientais, bem como as necessidades em saúde mental da população adscrita. Os cuidados em saúde mental aos usuários de crack e seus familiares devem promover novas possibilidades de modificar para melhor as condições de vida, tendo uma visão ampliada do usuário como um ser com várias necessidades e não somente centrado na doença.

Esse cuidado deve ser baseado no acolhimento, na escuta qualificada como estratégias para a formação de vínculos. As ofertas de atividades como participação em oficinas também caracterizam um meio importante para o tratamento ao usuário de crack. O matriciamento em saúde mental organizado pelo NASF é uma maneira eficiente para

que os usuários possam transitar pelos pontos da rede de atenção tendo acesso a serviços específicos para suas demandas. A busca ativa pelos usuários de crack nos territórios onde residem através dos CRs constitui outra estratégia importante para que estes indivíduos possam acessar os serviços em saúde.

Entretanto, conforme o relato dos usuários e seus familiares, a oferta de cuidados disponíveis na atenção básica não ocorre na prática como descrito na literatura. Para conseguir atendimento nas unidades de saúde, os usuários precisam chegar cedo para tentar conseguir uma ficha para acessar os serviços, considerando que chegar cedo nem sempre é sinônimo de garantia de atendimento. Essa situação vai na contramão da proposta do acolhimento da demanda espontânea, conforme descrito na PNH.

Os usuários e familiares também relataram a dificuldade de conseguir encaminhamento para atenção especializada. Esse problema está na contramão do que está descrito Lei Federal 8.080/1990 que garante o acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e na Portaria N° 2.488/2011: a ESF tem como objetivo, entre outros, a responsabilidade de incluir, organizar e orientar o fluxo dos usuários a outros pontos da rede. Conforme os relatos dos usuários, não ocorre na prática conforme preconizado.

A qualidade dos serviços prestados na atenção básica é outro ponto destacado pelos entrevistados. No ponto de vista dos usuários, a qualidade nos serviços só existe quando o atendimento é ágil, resolutivo, bom relacionamento profissional x usuário, boas estruturas físicas e o número de profissionais capacitados adequados. Aqui entra em questão outros dois pontos apontados pelos entrevistados: a falta de recursos humanos e qualificação profissional. Esses itens destacados dificultam o acesso dos usuários e também vão na contramão dos princípios do SUS.

Além de todos os problemas já apontados, os usuários de crack e seus familiares enfrentam o preconceito e discriminação nos serviços públicos de saúde. Vale ressaltar que o preconceito e estigma não ocorre somente das pessoas leigas, mas também por parte dos profissionais da saúde. Quando ocorrem situações de preconceito e discriminação, está sendo desrespeitado o direito do usuário de ser atendido de forma igualitária, sem preconceitos ou privilégios conforme descritos na Lei Federal 8.080/1990.

Portanto, o atendimento dispensado aos usuários de crack e seus familiares nos serviços públicos de saúde encontra-se distanciado do que é preconizado e esperado por eles. Cabe a nós futuros enfermeiros e profissionais da saúde refletirmos sobre o tema proposto de modo que induza ações positivas nos nossos afazeres. Com certeza não temos

condições de sozinhos mudar o modo de funcionamento do modelo atual de atendimento, mas atitudes individuais como, o acolhimento com escuta qualificada, a empatia, a qualificação profissional, a agilidade em busca da resolução das demandas e a adoção de atitudes que desconstruam o preconceito e estigmas com certeza farão a diferença para o usuário de crack e seus familiares, contribuindo positivamente para a melhoria dos serviços.

7. CONTRIBUIÇÕES DA EXECUÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO PARA FORMAÇÃO ACADÊMICA

Quando propus o estudo do tema ao meu professor orientador, salientei das dificuldades que eu tinha como pesquisador. Como técnico de enfermagem e agora enfermeiro, sempre me interessei muito pelo contato com o paciente, nas tarefas à beira de leito entre outras. Reconheço a importância das pesquisas, pois sem elas não teríamos como prestar o melhor cuidado, visto que devemos desenvolver as práticas baseadas em evidências e as evidências por sua vez descendem de pesquisas. Para a realização do presente trabalho tive que pesquisar muito, em artigo, revistas, materiais em meio físico e eletrônico. Essa procura ajudou-me a desenvolver como pesquisador, mas reconheço que ainda tenho muito pontos para aprimorar, incluindo a pesquisa.

Sempre que tenho contato com materiais que descrevem a história da loucura e posteriormente doença mental fico muito emocionado e sensibilizado. Imaginamos uma pessoa que hoje fosse diagnosticada com esquizofrenia vivendo no Brasil em 1800. Com vistas a expansão comercial, para “limpar a cidade”, esse indivíduo foi arrancado do convívio social, do meio onde vivia e contra sua vontade ser levado e aprisionado em locais fechados. Como não ficou a mente dessa pessoa que além de ser afligida por alucinações visuais ou auditivas precisou também conviver com a falta de liberdade de uma hora para outra, o quanto este ato agravou sua doença mental, é imensurável o dano.

Da mesma forma que me sensibilizo com o sofrimento enfrentado antigamente pelas pessoas com transtornos mentais, sinto-me sensibilizado também quando tenho contato hoje com pessoas que estão em sofrimento psíquico, como o usuário de crack por exemplo. Acredito que quando nos sensibilizamos com o sofrimento do outro, tendemos a acolher melhor essa pessoa em sofrimento no nosso campo de atuação, sempre tentando ser resolutivo e ágil, justamente os pontos apontados como desejáveis pelos usuários e os familiares.

Um outro ponto provocou em mim uma profunda reflexão: o estigma e o preconceito enfrentado pelos usuários de drogas, em especial o crack. Sempre que vemos os usuários de crack pelas ruas, de forma instantânea pensamos: “Está nessa situação por que quer!” Entretanto, não é assim que acontece. Ninguém acorda um belo dia e diz: a partir de hoje vou viver na rua e consumir crack! Foram determinadas situações e experiências que levaram o usuário até aquele momento. Por trás daquele ser existe uma história de vida, um pai de família que não superou determinada situação, histórias de

abandono e abusos ou foram criados num ambiente com exposição a drogas entre outros. Portanto, não nos cabe conceituar os motivos dele se encontrar nessa situação, mas sim mostrar que existem possibilidades para os problemas.

Geralmente quando pensamos em consumo de crack relacionamos a drogadição com a criminalidade, rotulando o usuário e incentivando o estigma. Durante a leitura das entrevistas uma chamou-me a atenção. Era de um relato de um usuário de crack, proprietário de uma lancheria, que utilizava o lucro obtido com o esforço do seu trabalho para ter acesso ao crack. Após a leitura refleti muito sobre como estigmatizamos os usuários, sendo que nem todos utilizam os meios ilícitos para aquisição do crack.

A execução do presente trabalho também desenvolveu em mim a empatia. No contato do material acabei colocando-me no lugar da família dos usuários de crack. Imaginamos um filho, usuário de crack e morador de rua, que passa longos dias ausentes em casa. Como é difícil para uma mãe ou um pai saber que o filho está na rua, vulnerável a criminalidade, sem alimentação, sem condições de higiene, sabendo a qualquer momento pode chegar a notícia de que seu filho foi assassinado. O pai ou a mãe conseguem trazer o filho para casa, no entanto, em um momento de fissura o filho acaba vendendo os poucos objetos que restaram da família para conseguir dinheiro para comprar droga. Essa é uma situação difícil de ser manejada e enfrentada pelos familiares dos usuários. A perda de bens materiais pelo motivo descrito tem como desfecho o rompimento do vínculo familiar, dando como destino o abandono ao usuário de crack. Quando pensamos no cuidado aos usuários de crack, geralmente pensamos o cuidado centrado no usuário, e esquecemos do sofrimento familiar.

Finalizando, o trabalho fez-me refletir sobre como podemos prestar os cuidados aos usuários de drogas de forma efetiva, humana, com a desconstrução de estigmas e preconceito, lembrando que o cuidado deve ser integral, estendido a família, de qualidade dentro das possibilidades, resolutivo e ágil. Acredito que é imprescindível aos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, que repensem o modo como são prestados os cuidados, lembrando da singularidade de cada ser!

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 136, 1995

AOSANI, T. R.; NUNES, K. G. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Psicologia e Saúde**. Campo Grande, v.5 n.2, p. 71 – 80, dez. 2013.

BARBOSA, D. J. et al. Representações Sociais dos Transtornos Mentais. **Rev. de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**. Recife, v. 12, n. 6, p. 1813-1816, jun. 2018.

BARD, N. D. et al. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 24, n. 2680, p. 1-7, jul. 2015.

BARRANTES, F. J. et al. Programa de Luta Contra o Estigma: Resultados Obtidos na Formação nos Profissionais da Saúde Mental. **Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Porto, edição especial n. 5, p. 19-24, mai. 2017.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1780 – 5, nov. 2011.

BERNARDI, R. Seis horas de fila: a longa espera para marcar uma consulta em posto de saúde de Porto Alegre. **Jornal Zero Hora**. Porto Alegre, 15 maio 2018. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2018/05/seis-horas-de-fila-a-longa-espera-para-marcar-uma-consulta-em-posto-de-saude-de-porto-alegre-cjh8bdpo205eq01pa26nohb45.html>> Acesso em 1º de set. 2018.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. A Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: Refletindo Sobre a Definição de Prioridades. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 27-53, jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei N°8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, de 20 de set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº34**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF, de 25 de jan. de 2011. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e

com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder Executivo.** Brasília, DF, de 26 de dez. 2011. Seção 1, p.230-32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo, Brasília, DF, de out. 2015. Seção 1, p. 668.

CAMELO, M. S. et al. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde na Ótica de Enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem.** Brasília, v.29, n.4, p.463-468 ago. 2016.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da Qualidade do Acesso na Atenção Primária de uma Grande Cidade Brasileira na Perspectiva dos Usuários. **Rev. Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, out. 2014.

CONILL, E. M. et al. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde Espanhol. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.16, n.6, p. 2783-2794, abr. 2011.

CORREIA, V. R. et al. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v.45, n.6, p.1501 – 06, mar. 2011.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica:** contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo, ed. Unesp, p. 337, 2013.

COSTA, A. et al. Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Rev. Portuguesa de Enfermagem em Saúde Mental.** Porto, v. 1, n.7, p. 46-53, jun. 2012.

CRUZ, M. S. O Cuidado ao Usuário de Drogas na Perspectiva da Atenção Psicossocial. **Portal de Formação a Distância.** Sujeitos, Contexto e Drogas. Ed. Aberta, 2016.

FERREIRA, J. M. et al. Indicadores de Qualidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil: Uma Revisão Integrativa. **Rev. Ciência Plural.** Natal, v.3, n.3, p. 45-68, jun. 2017.

FERREIRA, M. et al. Auto-Organização, Autonomia e o Cuidado em Saúde Mental. **Rev. Simbio-logias.** São Paulo, v. 6, n. 8, p.41-50, nov. 2013.

FERREIRA, S. R. S. et al. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 71, n. 11, p. 752-757, nov. 2017.

FERNANDES, J. C.; CORDEIRO, B. C. O Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde no Olhar dos Enfermeiros Gerentes. **Rev. Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**. Recife, v. 12, n. 1, p. 194-202, jan. 2018.

FREITAS, O. Marchezan afirma que prefeitura vai atrasar salários de servidores nos próximos meses. **Jornal Zero Hora**. Porto Alegre, 16 janeiro 2017. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/politica/noticia/2017/01/marchezan-afirma-que-prefeitura-vai-atrasar-salarios-de-servidores-nos-proximos-meses-9401945.html>>. Acesso em 22 de setembro de 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (coord.). **Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack: Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz, 2014.

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA, C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 1-14, dez. 2013.

GOMIDE, M. F. S. et al. A Satisfação do Usuário com a Atenção Primária à Saúde: Uma Análise do Acesso e Acolhimento. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 22, n. 65, p. 387-398, mar. 2017.

GUILHERME, J. A. et al. Avaliação dos serviços de saúde para satisfação dos usuários: Estudo cienciométrico. **Rev. do Instituto de Ciências da Saúde**. Maringá, v.34, n.2, p. 93-97, jun. 2016.

GUIMARÃES, S.; GUAZZELLI, C. T. Oficinas Terapêuticas: Formas de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. Itajaí, v. 36, n. 4, p. 574-80, out. 2012.

HOUAISS, A. et al. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: ed. Moderna, 2009.

INCHAUSPE, J. A. F. et al. Avaliação da Satisfação dos Usuários da Atenção Básica: Uma Revisão Integrativa. **Rev. de Saúde Dom Alberto**. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, p. 1-28, mai. 2018 .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados gerais do município de Viamão**. Brasil: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/viamao/panorama>>. Acesso em 25 de out. 2017.

JALES, E. D. et al. O PMAQ-AB Enquanto Ferramenta de Gestão do Trabalho em Saúde a Partir das Percepções dos Gestores e Profissionais de Saúde. **Rev. Saúde e Ciência**. Campina Grande, v. 6, n. 3, p. 77-97, out. 2017.

JUNQUEIRA, A. M. G.; CARNIEL, I. C. Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia. **Rev. da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p.12-22, out. 2012.

- KOLLING, N. M. et al. Outras abordagens no tratamento da dependência do crack. **Rev. Brasileira de Terapias Cognitivas**, Porto Alegre, v. 1, n. 7, p.7-14, set. 2011.
- MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 51, n, 1, p. 1-10, jan. 2017.
- MARTINS, G.C. S. et al. O Estigma da Doença Mental e as Residências Terapêuticas no Município de Volta Redonda-RJ. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 327-334, abr/jun. 2013.
- MARTINS, L. F. V. et al. Avaliação da Qualidade nos Serviços Públicos de Saúde com Base na Percepção dos Usuários e dos Profissionais. **Rev. Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**. Passo Fundo, v.19, n.2, p. 151-158, maio/ago. 2014.
- MARTINS, T. F. et al. Percepção dos Profissionais Sobre a Estratégia da Saúde da Família em Um Município do Interior do Ceará. **Rev. Brasileira de Promoção em Saúde**. Fortaleza, v.28, n. 4, p. 596-605, out/dez. 2015.
- MASSIGNAM, F. M. et al. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiologia Serv. Saúde**. Brasília, v. 24, n. 3, p. 541-544, jul/set. 2015.
- MENDONÇA, T. C. P. As Oficinas na Saúde Mental: Relato de Experiência na Internação. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Belo Horizonte, v. 4, n. 25, p.626-35, nov. 2010.
- MESQUITA, J. F. et al. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. In: XVII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 17. 2010, Caxambu. **Anais**. Caxambu, MG: Associação Brasileira de Estudos Populacionais – ABEP, 2010. p. 1-9.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MIRANDA, G. M. D. et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, mar. 2016.
- MOCELIN, G. et al. Melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica em saúde: inserção da pessoa com deficiência. **Rev. do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc**. Santa Cruz, v.18, n.1, p. 353-357, dez. 2017.
- NEVES, J. F. S. et al. Aplicação da Teoria das Filas em Unidades de Atendimento do Sus. In: **ENCONTRO DE TECNOLOGIA**, 10, Uberaba, 2016.
- PASSOS, E. J. P. F. **Programação linear como instrumento de pesquisa operacional**. São Paulo: ed. Atlas, 2008.
- PASSOS, I. C. F. **Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 244 p.

- PAULA, M. L. Assistência ao Usuário de Drogas na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, abr./jun. 2014.
- PINHO, L. B. et al. Análise da Articulação da Rede Para o Cuidado ao Usuário de Crack. **Revista Baiana de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 1 – 9, fev. 2017.
- PINHO, L. B. et al. **Avaliação qualitativa da rede de serviços de saúde mental de Viamão para atendimento a usuários de crack - ViaREDE**. Porto Alegre: UFRGS/CNPq nº 41/2010. 2014. Relatório final.
- PINHO, L. B.; SINIAK, D. S. O papel da atenção básica no cuidado ao usuário de crack: opinião de usuários, trabalhadores e gestores do sistema. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. Porto Alegre, v.13, n. 1, p. 30 – 36, mar. 2017.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE VIAMÃO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. Disponível em: <http://viamao.instarbr.com.br/files/Plano_Municipal_de_Sade_2014-2017_-_verso_16_0.pdf>. Acesso em 25 de out. 2017.
- ROLLAND, J. S. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As Mudanças no Ciclo Familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007. cap. 18, p. 373-92.
- ROLIM, L. B. et al. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Rev. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan /mar. 2013.
- SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, abr. 2012.
- SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Florianópolis, v. 7, n.23, p. 69-74, abr-jun. 2012.
- SCHIMIDT, M. D. et al. Relações Entre Profissionais de Saúde e Usuários Durante as Práticas em Saúde. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 479 – 503, nov. 2011/fev. 2012.
- SCHIMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, mar. 2009.
- SCHINEIDER, A. R. S. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Rev. Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, dez. 2009.

SELEGHIM, M. R.; OLIVEIRA, M. L. F. de. Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 26, p.263-68, jun. 2013.

SILVA, M. N. P. et al. Qualidade do Acolhimento na Unidade Básica de Saúde. **Rev. Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**. Recife, v. 9, n. 9, p. 9923-9928, nov. 2015.

SILVA, T. C. M. F.; MARCOLAN, J. F. Preconceito aos Indivíduos com Transtorno Mental como Agravo do Sofrimento. **Rev. Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**. Recife, v. 12, n. 8, p. 2089-2098, ago. 2018.

SIQUEIRA, D. F.; et al. Repercussões do uso de crack no cotidiano familiar. **Rev. Cogitare Enfermagem**, Santa Maria, v. 2, n. 17, p.248-54, jun. 2012.

SILVEIRA, M. S. D. et al. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. **Rev. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 63-72, jan/mar. 2018.

SILVEIRA, P. S. et al. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 16, n. 2, p. 131-138, mai/ago. 2011.

SOUZA, A. B. S. et al. Acolhimento realizado na atenção básica pela equipe de enfermagem ao paciente portador de transtorno mental: uma revisão teórica. **Rev. Amazonia Science & Health**. Gurupi, v. 4, n. 3, p. 44-9, set. 2016.

SPEDO, S. M. et al. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.20, n. 3, p. 953-972, mai. 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Relatório Mundial sobre Drogas de 2017**. Disponível em: <<http://www.unodc.org/wdr2017/>>. Acesso em: 22 out. 2017.

VALLADARES, A. C. A. et al. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v5 n°1, 2003. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

VARELA, D. S. S. Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. **Rev. da Escola de Enfermagem Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 296-302, jan. 2016

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J. K. Tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Psicologia em Revista São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.61-82, out. 2013

WEBER, C. A. T.; JURUENA, M. F. Paradigmas de Atenção e Estigma da Doença Mental na Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 640-656, out. 2017.

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Compromisso do Pesquisador 55

Apêndice B – Carta de Autorização do Uso de Dados 56

APÊNDICE A - Termo de Compromisso do Pesquisador**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

TÍTULO DO PROJETO: Percepção dos Usuários de Crack e Seus Familiares Sobre o Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica.

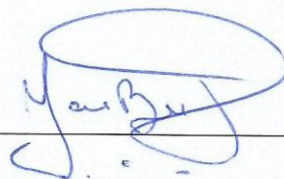
ORIENTADOR: Prof. Leandro Barbosa de Pinho.

PESQUISADOR: Jairo Botelho Santos.

Eu, Jairo Botelho Santos, acadêmico de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, matriculado sob nº 00243402, assumo os seguintes compromissos:

- 1- Preservar a privacidade e o anonimato dos participantes da pesquisa “Avaliação Qualitativa da Rede de Serviços em Saúde Mental Para Usuários de Crack (ViaREDE)”, pesquisa essa que utilizarei o banco de dados para a realização do presente projeto;
- 2- Manter sob sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto;
- 3- Respeitar todas as normas e princípios da Resolução 196/96 e suas complementares na execução deste projeto.

Porto Alegre, 21 de novembro de 2017.

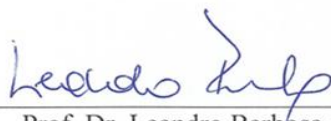


Jairo Botelho Santos

APÊNDICE B – Carta de Autorização de Uso de Dados**Carta de Autorização de Uso de Dados**

Eu, Leandro Barbosa de Pinho, coordenador da pesquisa “Avaliação Qualitativa da Rede de Serviços em Saúde Mental Para Usuários de Crack (ViaREDE)”, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o registro nº 16740 e pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, (parecer 337/2012), autorizo o acadêmico de enfermagem Jairo Botelho Santos, CPF nº 962.703.220 – 49, matriculado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o nº 00243402, a utilizar informações do banco de dados da referente pesquisa para o seu trabalho de conclusão de curso intitulado “Percepção dos Usuários de Crack e Seus Familiares Sobre o Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica”.

Porto Alegre, 01 de novembro de 2017.



Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Coordenador da pesquisa



Acadêmico Jairo Botelho Santos

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Instrumento Utilizado Para Coleta de Dados	58
ANEXO B - Parecer de Aprovação CONEP	59
ANEXO C – Parecer de Aprovação da COMPESQ/EENF	67

ANEXO A - Instrumento Utilizado Para a Coleta de Dados

Questões norteadoras utilizadas nas entrevistas da pesquisa AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE VIAMÃO PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE CRACK – “ViaREDE” direcionada de forma específica a cada grupo de interesse:

Questões norteadoras direcionadas aos usuários de crack:

1. Quando você precisa de atendimento, que lugares/locais você procura?
2. Como você é atendido nesses lugares/locais? (Potencialidades ou Dificuldades)
3. O que você fez nessa situação?
4. O que você considera que pode ser feito para melhorar a rede de atendimento?

Questões norteadoras direcionadas aos familiares dos usuários de crack:

1. Quando você precisa de atendimento para seu familiar, que lugares/locais você procura?
2. Como você é atendido nesses lugares/locais?
3. Houve alguma situação em que você não conseguiu atendimento para o seu familiar?
4. O que você fez nessa situação?
5. O que você considera que pode ser feito para melhorar a rede de atendimento para o seu familiar.

ANEXO B – Parecer de Aprovação (CONEP)**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA****PARECER N°. 337/2012**

Registro CONEP 16740 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto).

Folha de Rosto – 412247

Processo nº 25000.203777/2011-16

Projeto de Pesquisa: “Avaliação Qualitativa Da Rede De Serviços Em Saúde Mental Para Atendimento A Usuários De Crack”. Folha de rosto; Currículo Lattes; Cronograma de execução da pesquisa; Orçamento financeiro; Projeto de pesquisa (23/07/2012); Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (23/07/2012).

Pesquisador Responsável: Leandro Barbosa de Pinho

Instituição: Prefeitura Municipal de Viamão (Secretaria Municipal de Saúde) (CENTRO ÚNICO)

CEP de origem: UFRGS

Área Temática Especial: A Critério do CEP.

Patrocinador: Recursos próprios do pesquisador.

Sumário geral do protocolo

Introdução: Atualmente, o crack vem sendo um assunto com ampla repercussão social, tamanho os efeitos devastadores causados no indivíduo, na família e no seu círculo de relações. A dependência de crack é uma das mais sérias dentre todos os quadros de

consumo problemático de drogas, por causa de seus efeitos quase imediatos. O Brasil vem se sensibilizando para a necessidade de estabelecer diálogos e incentivos para a investigação sobre os fenômenos relacionados à dependência de crack. A Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso a Tratamento em Álcool e outras Drogas no SUS e o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, podem-se destacar o desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, tratamento e educação para o uso abusivo de álcool e outras drogas, considerando-os como um grave problema de saúde pública. Trata-se de um grande desafio à oferta de serviços e ações de saúde, em todos os níveis de atenção.

Tendo como referência esse contexto, o projeto prevê uma avaliação qualitativa participativa da rede de serviços em saúde mental para atendimento a usuários de crack no município de Viamão. Pretende-se que os resultados da pesquisa contribuam no avanço do conhecimento científico no campo da saúde mental, em especial às demandas relacionadas ao consumo de crack na região investigada. Espera-se também o projeto possa dar subsídios para avaliar e rediscutir os avanços e desafios das políticas públicas de saúde mental, além de problematizar a cobertura e oferta dos cuidados oferecidos em rede a usuários de crack, em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica e das políticas de saúde mental vigentes no Brasil.

Objetivos: Avaliar qualitativamente a rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack em Viamão/RS.

Desenho do estudo: Trata-se de uma pesquisa avaliativa, fundamentada nos pressupostos teórico-metodológicos da Avaliação de Quarta Geração. Será utilizado, como dispositivo metodológico, o círculo hermenêutico-dialético adaptado à realidade da saúde mental por Wetzell, a partir da identificação de grupos de interesse da rede do município.

Métodos: Entrevistas individuais com usuários, familiares, trabalhadores e gestores do sistema de atendimento psicossocial, somando cerca de quarenta entrevistas em horário e local de preferência do entrevistado. Esse procedimento será seguido de dinâmicas de interação, onde os entrevistados divididos em grupos organizarão materiais a partir dos conteúdos das entrevistas realizadas, os apresentando em reencontro com os outros agrupamentos com o fim de subsidiar a avaliação participativa da Rede de Serviços, procedimento denominado Técnica Grupal (p.37).

Critérios de inclusão/exclusão: a seleção dos entrevistados será feita a partir da definição dos grupos de interesse incluídos no estudo: usuários, familiares, trabalhadores e gestores do sistema. O projeto trabalha com o número de sujeitos de pesquisa indefinido.

Riscos/Benefícios: Os conhecimentos gerados pela pesquisa podem vir a contribuir para a consolidação do debate técnico-político em torno do cuidado prestado pela rede de serviços em saúde mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Local de realização

Trata-se de um projeto nacional e unicêntrico a ser realizado no município de Viamão / RS.

Apresentação do protocolo

Os seguintes documentos foram apresentados no CD-ROM do protocolo em tela: Ofício do CEP de origem, Folha de rosto (arquivo “folha de rosto”), Parecer do CEP de origem (arquivos “parecer CEP”, “aprovação CEP”, “parecer consubstanciado 1” e “parecer consubstanciado 2”), Currículo Lattes (arquivo “Currículo Lattes Leandro (Nov2011)”), Cronograma de execução da pesquisa (arquivo “Cronograma”), Orçamento financeiro (arquivo “orçamento detalhado e aprovado”), Projeto de pesquisa (arquivo “projeto CNPq – crack”), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (arquivo “TCLE”). Juntamente com as respostas ao Parecer CONEP N°. 037/2012, os seguintes documentos foram apresentados: Ofício-resposta às solicitações do CONEP; Folha de rosto; Parecer do CEP de origem; Parecer consubstanciado do recurso; Currículo Lattes; Cronograma de execução da pesquisa; Orçamento financeiro; Projeto de pesquisa (23/07/2012); Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (23/07/2012).

Considerações sobre a análise das respostas ao Parecer CONEP N°. 37/2012, relativo ao projeto de pesquisa em questão:

1) “As normas da Resolução CNS 196/96, especialmente as exigências contidas nos itens III.3. “g”, “h”, “r”, “s”, “t”; IV.1. “g”, “h”; V; V.1; V.5; VI.3. “a”, “b”, “c”, “d”, “e”, “f”, “g”, “h”, não estão contempladas no projeto. ”

Itens III.3

Resposta: Letra “g”: O projeto consta de TCLE, que foi reformulado conforme sugestões. Foi acrescentado Termo de Consentimento específico, para o caso de ser necessário

colher assinatura de representante legal de usuários (Apêndice B). **Análise: Pendência atendida.**

Resposta: Letra “h”: O projeto está sendo financiado com recursos do CNPq e do Ministério da Saúde (Edital MCT/CNPq 041/2010). As informações sobre o recurso liberado já foram disponibilizadas junto com a documentação enviada anteriormente para análise (arquivo “Orçamento detalhado e aprovado”). O orçamento “detalhado” corresponde ao valor inicial solicitado quando da submissão da proposta, e o “aprovado” foi o valor aprovado após análise do projeto pelo Comitê Assessor do CNPq. A importância de R\$ 66.000,00 já foi liberada. Com relação aos recursos humanos, a equipe de pesquisadores está descrita detalhadamente no projeto e serão apresentados aos sujeitos quando da coleta de dados em campo. **Análise: Pendência atendida.**

Resposta: Letra “r”: Não há conflitos de interesses entre os participantes da pesquisa, os participantes do projeto e o patrocinador. Os pesquisadores comprometem-se a evitar quaisquer conflitos de interesse que possam surgir e explicar todos os procedimentos, de maneira exaustiva, aos sujeitos investigados. Quanto ao patrocinador, trata-se de projeto financiado por agência de fomento nacional. **Análise: Pendência atendida.**

Resposta: Letra “s”: a colaboração do pesquisador estrangeiro está devidamente descrita no item “9” do projeto (“indicação de colaborações ou parcerias já estabelecidas com outros centros de pesquisa na área”). O pesquisador participará apenas da etapa da análise dos dados empíricos, pela experiência em outros projetos de pesquisa desenvolvidos em parceria e pela longa trajetória no campo da análise de discurso de sujeitos que trabalham no campo da saúde. Nesse item, também se destacam as possíveis contribuições dele à pesquisa e à instituição. Vale ressaltar que o pesquisador internacional assinou termo de anuência para participar da pesquisa, exigência para ser apreciado junto ao CEP/UFRGS. Não há financiamento exterior, apenas nacional. **Análise: Pendência atendida.**

Resposta: Letra “t”: Os dados serão utilizados apenas para divulgação na comunidade científica e retorno ao município, com os resultados do processo de avaliação. Não haverá identificação dos sujeitos sob qualquer natureza, como destacado no item “considerações éticas”. **Análise: Pendência atendida.**

Item IV.1

Resposta: Letra “g”: Todos os dados serão mantidos sob o mais absoluto sigilo pela equipe de pesquisa. Sobre a etapa de negociação, salienta-se que ela faz parte do processo de aplicação do círculo hermenêutico-dialético, não podendo ser descartada. No entanto, qualquer dado apresentado para validação não contém nenhuma informação pessoal ou de identificação dos entrevistados. Nessa etapa, conforme a metodologia, como já há etapas analíticas do material – e que estão devidamente descritas no projeto-as informações não são mais individuais, mas coletivas, pois são representações dos depoimentos de todos os entrevistados. **Análise: Pendência atendida.**

Resposta: Salienta-se ainda que apenas a equipe de pesquisa conhecerá a identificação dos entrevistados (usuários, familiares, trabalhadores e gestores). Nenhuma informação pessoal será compartilhada com grupos de interesse ou entre os grupos, que poderiam ser potencialmente beneficiários ou vítimas nesse processo. **Análise: Pendência atendida.**

Resposta: Letra “h”: O projeto prevê que a participação do sujeito seja voluntária, e não haverá ressarcimento ou pagamento de quaisquer despesas envolvidas com a participação do indivíduo, pois as entrevistas serão realizadas preferencialmente no serviço onde trabalham ou são atendidos. O TCLE garante que essa participação é voluntária, mas foi acrescentada nova redação, informando que não haverá pagamento de despesas pela participação na pesquisa. **Análise: Pendência atendida.**

Itens V, V.1 e V.5

Resposta: A pesquisa será realizada com aplicação de entrevistas aos sujeitos. Os riscos previstos são de ordem moral e emocional. Nesse caso, o TCLE foi adaptado com a inclusão da redação “... se isso acontecer, será disponibilizado o auxílio necessário para ajudar a enfrentar a situação...”. **Análise: Pendência atendida.**

Item VI.3, “a”, “b”, “c”, “d”, “e”, “f”, “g”, “h”

Resposta: Essa exigência está descrita ao longo do campo “aspectos operacionais do processo avaliativo”, disponível no projeto original. Foram realizadas algumas inclusões no texto, descrevendo melhor critérios de exclusão ou inclusão de sujeitos e o delineamento amostral. A pesquisa descreve quais técnicas serão utilizadas (observação prévia e entrevista). Foi acrescentado um parágrafo afirmando sobre como será o

tratamento dos dados brutos da pesquisa (página 29, antes dos objetivos). Em outras pesquisas com o uso da mesma metodologia, vem sendo convencional entrevistar, após a etapa de observação, em torno de 10 (dez) usuários e 10 (dez) familiares. Sobre trabalhadores e gestores, estima-se que sejam em torno de 30 pessoas. Isso foi adaptado ao longo da metodologia (página 36), assim como critérios de inclusão de cada grupo de interesse. Os sujeitos são escolhidos após a etapa da etnografia prévia, quando os pesquisadores fazem a incursão no campo e começam a identificar os potenciais respondentes do processo avaliativo. Por isso, não há como delinear o perfil desses indivíduos e outras características sociais a priori, pois apenas a imersão no campo, com a aplicação da etnografia prévia, mostrará aos pesquisadores a real situação desses respondentes, onde e como vivem. Os usuários e familiares se enquadram nos grupos vulneráveis, mas no decorrer do projeto os pesquisadores procuraram tomar cuidado para destacar a relevância da pesquisa para investigar a problemática no contexto brasileiro. Também se comprometem com os rigores éticos e a detalhar para os sujeitos todos os passos que incluam sua participação. Lembrando que se trata de um projeto que recebeu financiamento específico de agência federal e do próprio Ministério da Saúde. **Análise: Pendência atendida.**

2) “No TCLE apresentado não consta a possibilidade de haver um representante legal, o que poderá ocorrer, considerando que o sujeito de pesquisa é usuário de crack. Como não existe critério de inclusão/exclusão, não se sabe se deverá haver Termo de Assentimento ou TCLE assinado por representante legal, em face de menoridade (Resolução CNS 196/96, item III.3."g"). ”

Resposta: A pesquisa prevê a utilização de TCLE. Conforme descrito anteriormente, foi acrescentado Termo de Consentimento específico, para o caso de ser necessário colher assinatura de representante legal de usuários. O referido termo encontra-se no apêndice B. **Análise: Pendência atendida.**

3) “O projeto coloca impropriamente que o estudo cumpre os preceitos ético-legais que regem as pesquisas com seres humanos, como é preconizado pelo Ministério da Saúde (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), o que é absolutamente impróprio, pois a norma citada apenas contempla os preceitos de ordem ética que envolvem a pesquisa em seres humanos. ”

Resposta: O campo “considerações ético-legais” do projeto foi substituído pelo termo “Considerações Éticas”. Análise: Pendência atendida.

4) “O projeto será todo desenvolvido no-município de Viamão, no Rio Grande do Sul, mas o título -"ViaREDE AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA REDE DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE CRACK" – pode dar a errônea impressão de que o estudo engloba todo o serviço de saúde mental do país.

Resposta: O título do projeto será adaptado para “ViaREDE- Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental de Viamão para atendimento a usuários de crack”. Acrescentaremos essa modificação aos relatórios (Ministério da Saúde, CNPq, CONEP e CEP/UFRGS), justificando que o título foi adaptado por orientação do CONEP. **Análise: Pendência atendida.**

5) “Consta do estudo apresentado que a totalidade das informações obtidas será disponibilizada ao grupo, o que fere a garantia do sigilo. Além disso, tal possibilidade não consta no TCLE (Resolução CNS 196/96, item VI.3."9"). ”

Resposta: Como descrito anteriormente, no item correspondente (item III.3, “g”), todos os dados serão mantidos sob o mais absoluto sigilo pela equipe de pesquisa. Sobre a etapa de negociação, salienta-se que ela faz parte do processo de aplicação do círculo hermenêutico dialético, não podendo ser descartada. No entanto, qualquer dado apresentado para validação não contém nenhuma informação pessoal ou de identificação dos entrevistados. Nessa etapa, conforme a metodologia, como já há etapas analíticas do material – e que estão devidamente descritas no projeto -, as informações não são mais individuais, mas coletivas, pois são representações dos depoimentos de todos os entrevistados. **Análise: Pendência atendida.**

6) “O cronograma do projeto sugere que a pesquisa já foi iniciada”

Resposta: O cronograma foi adaptado para o real início das atividades. Salienta-se que o arquivo previamente enviado continha as informações submetidas ao Edital do CNPq e do MS, no final de 2010. Salienta-se que o projeto iniciará após a aprovação do CONEP, e contamos com a colaboração deste órgão no sentido de não atrasarmos o calendário das atividades. **Análise: Pendência atendida.**

7) “Não foi apresentado documento dos CAPS ou de eventual patrocinador estrangeiro corroborando os dados do orçamento e o investimento concedido ao projeto.”

Resposta: Há anuência da secretaria de saúde do município de Viamão para o desenvolvimento das atividades de pesquisa. A coordenação municipal de saúde mental assinou a folha de rosto do projeto, autorizando a coleta no campo. Além disso, também acrescentamos, ao final do projeto (apêndice F), cópia da autorização, assinada pela Secretária de Saúde do Município de Viamão. Sobre o investimento estrangeiro, informa-se que não se aplica ao caso. Sobre a necessidade de confirmação do orçamento por parte do município, o investimento recebido pelo CNPq e pelo Ministério da Saúde não será revertido para consumo pelo município. Trata-se de investimento público gerido pelo grupo de pesquisadores e para consumo da pesquisa. O município manifestou-se favorável a esse quesito, disponível no apêndice F. **Análise: Pendência atendida.**

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: **Protocolo aprovado.**

Brasília, 27 de novembro de 2012.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Anibal', with a long horizontal stroke extending to the left and a vertical stroke extending downwards from the end of the signature.

Aníbal Gil Lopes

Coordenador Adjunto da CONEP/CNS/MS

**ANEXO C – Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem
COMPESQ/EENF**

Assunto Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa em Enfermagem

Remetente <enf_compesq@ufrgs.br>

Para <lbpinho@ufrgs.br>

Data 2018-04-25 17:22

Prezado pesquisador LEANDRO BARBOSA DE PINHO:

Informamos que o projeto de pesquisa PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE CRACK E SEUS FAMILIARES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA encaminhado para análise em 09/04/2018 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa em Enfermagem com o seguinte parecer:

PARECER CONSUBSTANCIADO:

Projeto: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE CRACK E SEUS FAMILIARES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Aspectos científicos:

Título: Compreensível, conciso e reflete o conteúdo do projeto.

Introdução: Apresenta claramente o problema do estudo. Traz amplo referencial teórico

Objetivo: Compreender a percepção dos usuários de crack e seus familiares sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica.

Método: O presente estudo terá caráter qualitativo e descritivo.

População: A população do estudo ViaREDE foi composta por quatro grupos de interesse, sendo dez usuários de crack em acompanhamento no CAPS AD II Nova Vida, dez familiares de usuários deste serviço, oito trabalhadores do CAPS em questão e sete gestores dos serviços de saúde mental do município de Viamão. Apresenta critérios de inclusão.

Coleta de dados: observação participante e entrevistas semiestruturadas com questões norteadoras específicas com os 20 grupos de interesse.

Análise de dados: Considerada adequada aos objetivos e ao delineamento do estudo. Será análise de conteúdo.

Instrumento da coleta de dados: Adequado para responder os objetivos propostos.

Cronograma: Adequar as datas.

Orçamento: Exequível. Serão custeadas pelas autoras do projeto.

Referências: São atualizadas, pertinentes e seletivas para o tema.

1. Aspectos éticos e regulatórios: A pesquisa ViaREDE foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Posteriormente, após apreciação e solicitação do CEP/UFRGS, a pesquisa foi avaliada pelo CONEP/MS sob o nº 16740, recebendo parecer favorável a sua execução (Parecer 337/2012). Este estudo será encaminhado para apreciação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ). Para utilização do banco de dados da pesquisa ViaREDE será solicitado autorização ao coordenador da pesquisa.

2. COMENTÁRIOS GERAIS: Aprovado.

Atenciosamente, Comissão de Ética e Pesquisa de Enfermagem.