UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VANESSA ALVEZ MORA DA SILVA

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS AÇÕES DE CUIDADO À PESSOAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PORTO ALEGRE
2023

VANESSA ALVEZ MORA DA SILVA

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS AÇÕES DE CUIDADO À PESSOAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem

Linha de pesquisa: Saúde Mental e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

PORTO ALEGRE

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Alvez Mora da Silva, Vanessa
AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS AÇÕES DE CUIDADO À PESSOAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA / Vanessa Alvez Mora da Silva. -- 2023.
150 f.
Orientador: Leandro Barbosa de Pinho.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Saúde Mental. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Usuários de Substâncias Psicoativas. 4. Estratégia de Saúde da Família. 5. Avaliação de Serviços de Saúde. I. Barbosa de Pinho, Leandro, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Vanessa Alvez Mora da Silva

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS AÇÕES DE CUIDADO À PESSOAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem.**

Porto Alegre em 27 de outubro de 2023:

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho (UFRGS)
(Orientador)

Profa. Dra. Cíntia Nasi (UFRGS)
Profa. Dra. Débora Schlotefeldt Siniak (UNIPAMPA)

Profa. Dra. Elitiele Ortiz dos Santos (UNIPAMPA)

PORTO ALEGRE

2023

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese
À minha família.
Aos trabalhadores, usuários e familiares da ESF 22 que me acolheram, disponibilizaram seu tempo e compartilharam suas histórias de vida e experiências.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ...

À Deus, pelo dom da vida, por toda proteção e força durante o doutorado e por ser consolo nos momentos de angústia.

Aos meus filhos, Luiza e João Lucas, vocês são a razão de eu querer evoluir, tanto como profissional quanto como ser humano, ser mãe de vocês me faz ser uma pessoa melhor.

Ao Alamir, meu marido, companheiro de vida e dono de um otimismo invejável. Grata pelo apoio e paciência neste período, e pelo cuidado com nossos filhos quando eu estava ausente. Fez essa caminhada mais leve.

À minha mãe, por ser a melhor que ela poderia. Me possibilitou condições para estudar, me apoiou em todas as minhas escolhas, foi incentivo e amor. Tu és um exemplo para mim de força, fé, dedicação e honestidade.

À minha irmã Helena que mesmo distante geograficamente, se faz presente diariamente na minha vida. Sem teu amor, apoio e incentivo tudo seria mais difícil.

À minha avó Marlene e minha tia avó Zilá, que além de serem grandes exemplos de ser humano, estiveram presentes sempre quando precisei, se deslocavam de Livramento à Uruguaiana para que eu pudesse escrever com mais calma, ajudando a cuidar da casa e das crianças. Vocês são amor, doçura, apoio e incentivo. E sim vó, agora tu vais ter uma neta Doutora.

À minha dinda Ana Luiza, pelas orações e mensagens diárias.

Ao meu orientador, prof. Leandro Barbosa de Pinho, pela generosidade e acolhimento desde quando me preparava para o processo seletivo deste Doutorado, pela confiança, compreensão e tranquilidade durante este período. Agradeço por todo conhecimento compartilhado, por compreender minhas limitações e angústias (que não foram poucas), e por me guiar nessa trajetória.

Às professoras que compõe esta Banca de Defesa de Doutora, professora Cintia Nasi, Débora Siniak e Elitiele Ortiz, sou grata pelas discussões e apontamentos para a continuidade e finalização deste trabalho.

Aos amigos Luana, Rafa e Anita, pelo cuidado com nossa família e por nossos encontros regados à incentivo, os quais me ajudaram a não desistir quando eu pensava que não conseguiria.

Às minhas amigas Dani Carrion e Déia Bandeira por me acolherem em Porto Alegre nos dois primeiros anos do doutorado, ter vocês ao meu lado, foi essencial para manter minha saúde mental.

Às queridas Elitiele e Marciele , pelas palavras de carinho, motivação, pela calma e tranquilidade no meio da tempestade, pela disponibilidade e ajuda na leitura e revisão dos artigos deste estudo, poder contar com vocês nesse processo foi maravilhoso.

À toda equipe da ESF 22, aos usuários, familiares e gestores do município, obrigada pela receptividade com que me acolheram e acolheram esta pesquisa, possibilitando sua realização.

À UNIPAMPA, e aos colegas docentes do curso de Medicina, que apoiaram minha dedicação integral a esta pesquisa e torceram por mim.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem por toda estrutura e contribuição para minha formação com o ensino de qualidade.

Obrigada a todos que fizeram parte da minha caminhada, que torceram por mim, que me fortaleceram, e que por lapso esqueci de mencionar neste espaço.

RESUMO

SILVA, V.A.M. **Avaliação qualitativa das ações de cuidado à pessoas usuárias de substâncias psicoativas em uma estratégia de saúde da família.** 2023.150f.Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

Introdução:O redirecionamento das políticas públicas de saúde mental voltada aos usuários de substâncias psicoativas visa garantir o cuidado dessa população na rede de atenção psicossocial, emergindo assim a necessidade de superar a fragmentação do cuidado, sendo necessário um novo olhar sobre o lugar desses sujeitos, que passam a ser reconhecidos como parte do seu território. **Objetivo Geral**: Este estudo objetivou avaliar as ações de cuidado realizadas à usuários de substâncias psicoativas em uma estratégia de saúde da família. **Método**: Trata-se de um estudo de caso qualitativo, fundamentado na perspectiva construtivista, realizado por meio da avaliação de quarta geração, desenvolvido no ano de 2023 em uma Estratégia de Saúde da Família de um município localizado na fronteira oeste do Rio Grande do Sul, Brasil. Participaram do estudo 41 pessoas, divididos em três grupos de interesse compostos por 19 profissionais, 11 usuários e 11 familiares. Para coleta de dados foram utilizadas técnicas de etnografia prévia, entrevistas com aplicação do círculo hermenêutico-dialético, e para análise dos dados utilizou-se o método comparativo constante. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o parecer nº 5.788.530 e CAAE: 64367722.7.0000.5347, os participantes desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados**: Neste percurso avaliativo, identificou-se que os profissionais sabem que existem muitos usuários de drogas na sua área de abrangência, porém não os conhecem, devendo incluir ações de rastreamento e mapeamento. As ações de cuidado desenvolvidas na unidade são baseadas em questões orgânicas, desta forma o cuidado ocorre de forma fragmentada não valorizando a integralidade dos sujeitos. Os encaminhamentos para o serviço especializado em saúde mental são práticas que representam uma ação de cuidado para os profissionais. Da mesma forma usuários e familiares não reconhecem a unidade como um local de cuidado para demandas relacionadas ao uso de drogas. **Considerações Finais:** São muitos os desafios que atravessam o cuidado ao usuário de substância psicoativa, contudo os profissionais devem realizar um atendimento voltado para o acolhimento e integralidade do sujeito, pois ações fragmentadas não são suficientes para atender a demanda desses usuários.

Descritores: Saúde mental, Atenção primária à saúde, Usuários de substâncias psicoativas, Estratégia de saúde da família.

ABSTRACT

SILVA, V.A.M. **Qualitative evaluation of care actions for people who use psychoactive substances in a family health strategy.** 2023.150f. Thesis (Doctorate in Nursing)- School of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

Introduction:The redirection of public mental health policies aimed at users of psychoactive substances aims to ensure the care of this population in the psychosocial care network, thus emerging the need to overcome the fragmentation of care, requiring a new look at the place of these subjects, who are now recognized as part of their territory. **General Objective**: This study aimed to evaluate the care actions performed for users of psychoactive substances in a family health strategy. **Method**: This is a qualitative case study, based on the constructivist perspective, carried out through the fourth generation evaluation, developed in 2023 in a Family Health Strategy of a municipality located on the western border of Rio Grande do Sul, Brazil. A total of 41 people participated in the study, divided into three interest groups composed of 19 professionals, 11 users and 11 family members. For data collection, previous ethnography techniques were used, interviews with the application of the hermeneutic- dialectical circle, and for data analysis, the constant comparative method was used. The study was approved by the Research Ethics Committee (CEP) of the Federal University of Rio Grande do Sul, under opinion No. 5,788,530 and CAAE: 64367722.7.0000.5347. **Findings**: In this evaluation course, it was identified that the professionals know that there are many drug users in their area of coverage, but do not know them, and should include tracking and mapping actions. The care actions developed in the unit are based on organic issues, so that care occurs in a fragmented way, not valuing the integrality of the subjects. Referrals to the specialized mental health service are practices that represent a care action for professionals. In the same way, users and family members do not recognize the unit as a place of care for demands related to drug use. **Final thoughts**: There are many challenges that cross the care of psychoactive substance users, but professionals must provide care focused on the reception and comprehensiveness of the subject, because fragmented actions are not enough to meet the demand of these users.

Descriptors: Mental health, Primary health care, Users of psychoactive substances, Family health strategy.

RESUMEN

SILVA, V.A.M. **Evaluación cualitativa de las acciones de atención a las personas usuarias de sustancias psicoactivas en una estrategia de salud de la familia**. 2023.150f. Tesis (Doctorado en Enfermería)- Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

Introducción:La reorientación de las políticas públicas de salud mental dirigidas a los usuarios de sustancias psicoactivas tiene como objetivo garantizar la atención de esta población en la red de atención psicosocial, surgiendo así la necesidad de superar la fragmentación de la atención, exigiendo una nueva mirada sobre el lugar de estos sujetos, que ahora son reconocidos como parte de su territorio. **Objetivo General**: Este estudio tuvo como objetivo evaluar las acciones de atención realizadas a los usuarios de sustancias psicoactivas en una estrategia de salud de la familia. **Método**: Se trata de un estudio de caso cualitativo, basado en la perspectiva constructivista, realizado a través de la evaluación de cuarta generación, desarrollada en 2023 en una Estrategia de Salud de la Familia de un municipio ubicado en la frontera occidental de Rio Grande do Sul, Brasil. Un total de 41 personas participaron en el estudio, divididas en tres grupos de interés compuestos por 19 profesionales, 11 usuarios y 11 familiares. Para la recolección de datos se utilizaron técnicas de etnografía previa, entrevistas con la aplicación del círculo hermenéutico-dialéctico, y para el análisis de los datos se utilizó el método comparativo constante. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, bajo dictamen nº 5.788.530 y CAAE: 64367722.7.0000.5347. **Resultados**:En este curso de evaluación, se identificó que los profesionales saben que hay muchos usuarios de drogas en su área de cobertura, pero no los conocen, y deben incluir acciones de seguimiento y mapeo. Las acciones de cuidado que se desarrollan en la unidad se basan en cuestiones orgánicas, por lo que el cuidado ocurre de forma fragmentada, no valorando la integralidad de los sujetos. Las derivaciones al servicio especializado de salud mental son prácticas que representan una acción asistencial para los profesionales. Del mismo modo, los usuarios y familiares no reconocen la unidad como un lugar de atención a las demandas relacionadas con el consumo de drogas. **Reflexiones finales**: Son muchos los desafíos que atraviesan la atención de los usuarios de sustancias psicoactivas, pero los profesionales deben brindar una atención centrada en la recepción e integralidad del sujeto, porque las acciones fragmentadas no son suficientes para satisfacer la demanda de estos usuarios.

Descriptores: Salud mental, Atención primaria de salud, Usuarios de sustancias psicoactivas, Estrategia de salud de la familia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Ad	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas
CAPSUL II	Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil
CMS	Centros de Saúde Mental
CONAD	Conselho Nacional de Álcool e Drogas
CONFEN	Conselho Federal de entorpecentes
CT	Comunidade Terapêutica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MTSM	Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PRD	Programa de Redução de Danos
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SPA	Substâncias psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA	Unidade de Pronto atendimento

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1	Apresentação das questões desdobradas de cada grupo de Interesse	55
QUADRO 2	Unidades de informação das entrevistas	70
QUADRO 3	Unidades de informação agrupadas com discurso	71
QUADRO 4	Artigos científicos elaborados de acordo com os objetivos do estudo	73

FIGURA 1	Círculo Hermenêutico- Dialético	43
FIGURA 2	Representação do Município de Uruguaiana	46
FIGURA 3	Distribuição das ESF no município	47
FIGURA 4	Território da ESF 22	49
FIGURA 5	Microáreas da ESF 22	50

Sumário

1. APRESENTAÇÃO 17
2. OBJETIVOS 25
2.1 Objetivo Geral 25
2.2 Objetivos Específicos 25
3. DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO 26
3.1 Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde 26
3.3 O Cuidado ao Usuário de Substâncias Psicoativas na Atenção Primária 31
4. REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO 41
4.1 A Avaliação de Quarta Geração 41
4.2 O círculo hermenêutico-dialético 43
5. PERCURSO METODOLÓGICO 46
5.1 Tipo de Estudo 46
5.2. Cenário do Estudo 46
5.2.1. Município de Uruguaiana 46
5.2.2 Sistema de Saúde Local 47
5.2.3 A ESF 22- Local do Estudo 49
5.3 Aspectos operacionais do processo avaliativo 51
5.3.1 O contato com o campo 51
5.3.2 Organização do processo avaliativo 52
5.3.3 Identificação dos grupos de interesse 53
5.3.4 Desenvolvimento de construções conjuntas 54
5.3.5 Ampliação das construções conjuntas 64
5.3.6 Preparação do material para a agenda de negociação 65
5.3.8 Organização do relatório de resultados 67
5.3.9 Análise dos dados 68
5.3.9.1 Identificação de unidades de informação 68
5.3.9.2 Identificação das categorias temáticas 69
5.4 Considerações Éticas 71
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO 73
7. REFLEXÕES FINAIS: 75
REFERÊNCIAS: 79
APÊNDICES 89
APÊNDICE A - ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DE CAMPO 90

1. APRESENTAÇÃO

Este estudo é uma avaliação de 4ª geração das ações de cuidado a usuários de substâncias psicoativas realizadas por uma equipe de estratégia de saúde da família de um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul.

A predileção pelo tema e cenário foi pensada a partir da minha trajetória acadêmica e profissional na assistência e na docência vinculados a Saúde Mental e Saúde Coletiva.

Desde o início de minha atuação como enfermeira, compreendi a importância de olhar para além da doença e entendi que as pessoas circulam pela rede de saúde. O caminho percorrido até aqui foi repleto de inquietações que contribuíram para pensar no cuidado para além dos muros institucionais, de forma psicossocial e preferencialmente no território dos sujeitos.

Minha caminhada teve início no ano de 2005, durante a graduação em Enfermagem, nos estágios curriculares e extracurriculares. O campo prático da disciplina de Saúde Mental foi em um Hospital Psiquiátrico, local que me oportunizou ter uma visão crítica no que tange ao cuidado em saúde mental. Naquele espaço percebi a necessidade de valorizar e discutir o cuidado em saúde, em um modo de cuidar em que a subjetividade da vida dos sujeitos, seus desejos e angústias deveriam ser infinitamente maiores do que o peso do diagnóstico.

Contudo a prática na Atenção Básica (AB) me fez compreender a importância de o profissional estar mais próximo da comunidade, da família e do contexto de vida dos usuários, promovendo saúde nesses espaços, seja durante um acolhimento, escuta ou em um atendimento clínico.

Após o término da graduação, tive em 2009, ancorada nessa trajetória, minha primeira experiência profissional, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde atuei como enfermeira por sete anos. Por se tratar de um CAPS I eram atendidos tanto os usuários com transtornos mentais severos e persistentes como usuários com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPA). Nesse período, vivenciei a expansão da rede, com a abertura do CAPS AD, destinado a atender essa parcela de usuários que possuem necessidades específicas, para as quais o CAPS I era insuficiente.

O desenvolvimento da minha prática de trabalho durante esses anos foi pautado na valorização da subjetividade desses usuários, sua família e seu contexto social. Porém havia dificuldade em efetivar esse cuidado fora do CAPS, visto que observava que esses

usuários não tinham o hábito de ir à Estratégia de Saúde da Família (ESF), reconhecendo o CAPS como único local de cuidado em saúde. Neste espaço, pude compreender melhor as necessidades de saúde e sociais que perpassavam o uso de drogas e que o fenômeno não se resumia somente a ao uso, mas que envolvia uma problemática complexa e muito mais ampla que o uso droga.

O contexto de vida das pessoas precisa ser percebido. É preciso reconhecer que ele vai além do sofrimento pelo uso de substâncias psicoativas, encontra-se atravessado por problemas financeiros, jurídicos e de saúde. Alguns convivem ainda, com a presença de infecções sexualmente transmissíveis e condições crônicas não transmissíveis, além de conflitos pessoais e familiares e falta de perspectiva de vida.

Na maioria das vezes, quando essas demandas são levadas para os serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), elas se resumem a lógica do encaminhamento à atendimentos psicológicos e psiquiátricos, por serem amplamente reconhecidos pelo cuidado em saúde mental, visando somente a supressão dos sintomas psiquiátricos e não o cuidado psicossocial integral.

Nesse espaço, refleti sobre as lacunas assistenciais existentes na atenção à saúde tanto dos usuários quanto de suas famílias, sendo comum identificar situações em que os profissionais desconsideravam o sofrimento dos familiares no que tange o conviver com a loucura, desvelando assim a necessidade de trabalhar com a equipe questões como escuta, acolhimento e cuidado também à família.

Ainda, observei que nas discussões em equipe muitos profissionais acreditavam que a única forma de cuidado ao usuário de SPA era através de um tratamento proibicionista e pautado na abstinência. Isso, tornava sempre necessário reforçar a reforma psiquiátrica e buscar estratégias para que todos compreendessem esse fenômeno na sua complexidade. Esse processo diário em busca de não reduzir o uso de substâncias psicoativas a uma relação linear de causa e efeito, mas refletir sobre uma perspectiva que envolvia diversas interações e articulações entre áreas distintas do conhecimento, marcou minha atuação profissional.

Esse período foi marcado por diversas inquietações, mas especialmente pude perceber que os usuários procuravam as unidades de saúde do seu território somente se um profissional do CAPS fizesse essa negociação, revelando uma lacuna relacionada ao cuidado desses na Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, verifiquei tanto em minhas vivencias como na literatura que as dificuldades na transição de cuidado dos usuários para a APS representam uma problemática em vários locais do país.

Duas questões me fizeram refletir mais sobre este assunto. A primeira diz respeito ao acesso a outros serviços de saúde. Percebi que quando os usuários buscavam atendimento na APS os profissionais focavam em sinais e sintomas clínicos, e em uma conduta prescritiva, desconsiderando outros fatores que podem influenciar o processo saúde-doença. Quando, porventura, eram observados sinais de demandas de saúde mental no usuário/familiar, ou se fosse relatado estar vinculado prévio com CAPS, imediatamente ocorria o encaminhamento para resolver suas demandas no CAPS, desconsiderando as necessidades clínicas, e até mesmo o poder de resolutividade da APS.

E a segunda questão que veio à tona foi de ordem política, onde a gestão do município passou a investir na contratação de profissionais de diversas áreas (médico clínico geral, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta entre outros) para atuar nos CAPS exclusivamente, com o intuito de absorver toda a demanda de saúde mental, para que os usuários não precisassem transitar em outros serviços, restringindo os atendimentos aos usuários de drogas exclusivamente ao serviço especializado.

Uma pesquisa sobre as características do cuidado em saúde mental, realizada em 31 municípios do Rio Grande do Sul, destacou um cuidado ainda centrado no modelo de atendimento clínico-psiquiátrico e na medicalização dos sintomas. Ressaltou a inexistência de programas de saúde mental inseridos nos Planos Municipais de Saúde e a ausência de acompanhamento das equipes de ESF após a internação dos usuários em hospitais (CONSOLI et.al, 2009).

Em outra pesquisa realizada com profissionais da Atenção Primária, evidenciou-se que os trabalhadores relatam não ter base suficiente para sustentar ações específicas de saúde mental no âmbito da APS, desconhecer o que compete às equipes multiprofissionais no trabalho de saúde mental na APS, pois compreendem que as pessoas com sofrimento psíquico ou usuários de substâncias devem ser atendidas nos CAPS, realizando assim o encaminhamento destes como forma de transferência de atribuição (ROTOLLI et al., 2019).

Torna-se importante compreender a visão dos profissionais da rede para fomentar a prática do cuidado na Atenção Primária, pois cuidar do usuário neste cenário tem o intuito de fortalecer a Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas e a Política Nacional de Atenção Básica. Ainda, busca promover uma maior integração social, fortalecendo a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo garantindo-lhe o direito de transitar pelos diversos pontos da rede de atenção psicossocial (RAPS).

Frente a esta necessidade iminente de articular e desenhar a linha de cuidado em Saúde Mental foi necessário me especializar no assunto, realizando uma pós-graduação em Saúde Coletiva, que teve como produto final o estudo intitulado: *"Transformação em saúde mental em um município do interior do estado do RS: revisando o processo".* Este trabalho permitiu conhecer o processo de criação e transformação da desinstitucionalização da saúde mental naquele município, ancorado na percepção do cuidado em liberdade, comprovando algumas possibilidades de cuidado extra CAPS, quando há suporte no território.

Apesar de ser indiscutível o progresso na história da Saúde Mental no município, esta experiência contribuiu para ampliar as discussões com a equipe sobre diversos temas como: a integralidade do cuidado; o preconceito e medo gerado pela figura do "louco" e do "drogado"; a necessidade de realizar educação permanente dos profissionais para aperfeiçoamento do processo de trabalho; e a articulação entre os diversos pontos da rede. Percebi, neste instante, que o matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação da realidade tanto para usuários quanto para os profissionais.

Mais tarde, ingressei no mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- UFPel, tive contato com a pesquisa avaliativa, do projeto CAPSUL II. Na minha pesquisa, analisei os dados do município de Joinville, situado no Estado de Santa Catarina, que possui um processo de trabalho modelo no que tange o cuidado dentro dos serviços substitutivos, e que utiliza o Matriciamento como ferramenta articuladora da rede (SILVA, 2013).

A articulação das equipes é o principal propósito do serviço de saúde mental, o serviço especializado leva para as equipes da Atenção Primária instrumentos para que estes possam sentir-se mais à vontade no momento de realizar o atendimento ou intervenção aos usuários de saúde mental, despindo-se assim de estigmas e preconceitos, colaborando assim para a melhoria da assistência e incentivo a autonomia do sujeito (SILVA, 2013).

A partir desta experiência percebi o quão importante era ampliar a comunicação entre os profissionais do CAPS e as equipes das ESF, acolher seus desafios e contribuir para o desenvolvimento de maior segurança e autonomia desses, fomentando assim o processo de trabalho e a articulação com o território dos sujeitos usuários de SPA.

A rede de atenção aos usuários de drogas deve ser considerada sob a perspectiva do cuidado em liberdade e das articulações entre os serviços, setores e o território. Busca-se com isso, garantir que o usuário possa estar na unidade de saúde do seu território de

acordo com as suas necessidades, mas mantendo o acompanhamento pela rede em uma proposta mais ampla de reabilitação e reinserção social.

Além disso, sabe-se que o modelo de APS foi difundido com o objetivo de ampliar a promoção à saúde, contribuindo com o direito universal à saúde, desta forma os profissionais devem possuir habilidades a fim de garantir a integralidade do cuidado (COHN, 2009; BRASIL, 2019). Nesse sentido, a ESF é um importante fator propulsor para o avanço da APS, pois se utiliza de tecnologias leves, que levam em conta critérios de riscos e vulnerabilidades, acolhendo necessidades de saúde em geral(PEREIRA, 2020).

Quando iniciei minha trajetória docente na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), em 2016 circulei por vários cenários da Atenção Primária e identifiquei muitas situações em que a equipe procura encaminhar diretamente ao serviço especializado qualquer demanda relacionada ao uso de substâncias psicoativas. Essa conduta ocorre muitas vezes de maneira leviana sem se preocupar em realizar, inicialmente o acolhimento e a compreensão dos fenômenos complexos que envolvem a questão para o usuário. Desta forma, os profissionais adotam uma postura precipitada e preconceituosa em relação ao uso e ao usuário de SPA, se eximindo de suas responsabilidades frente a estes. Nas raras vezes em que atendiam o foco era somente na supressão de sintomas mediante a utilização de alguns medicamentos psicotrópicos, desconsiderando a possibilidade de outras condições crônicas de saúde que atravessam o ser humano. Para os usuários estes fatos geravam angústias e sensação de não pertencimento ao seu território.

Percebe-se que por mais que a gestão se esforce em promover algumas alternativas e estratégias de cuidado, a política de saúde mental, principalmente no que tange ao usuário de saúde mental, ainda estava centralizada nos serviços especializados. As equipes, nesse sentido, reproduziam ações com menor tendência à problematização nos fóruns adequados.

Nesta ótica, uma das estratégias de cuidado que vem sendo utilizada para minimizar essas lacunas nos aspectos que visa a garantia dos direitos humanos e do cuidado integral é a capacitação dos profissionais da rede. Um exemplo disso é a instituição do MI-mhGAP, “Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de Atenção Primária à saúde”, para que o usuário seja acolhido em seu território. Existe, também, um processo

embrionário de Matriciamento, no qual algumas estratégias de saúde da família fazem parte, porém não garantem a cobertura de todos os territórios que os usuários residem.

Apesar de todos os esforços e recursos em movimento, ainda são pontuais as estratégias e ações de cuidado à saúde mental de usuários de substâncias psicoativas na atenção primária. A mais sistemática é a que envolve a participação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental nessa composição.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Pampa foi criado no ano de 2015 com o objetivo de capacitar e instrumentalizar profissionais para prestar assistência na área de saúde mental. Aos profissionais do programa cabe desenvolver e fortalecer ações em consonância com os objetivos da RAPS, que são ampliar acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover a vinculação das pessoas em sofrimento/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A equipe das ESF ainda tem pouco envolvimento com os atendimentos e com as ações de prevenção e promoção à saúde, devido a várias barreiras, tais como rotatividade de profissionais e alta demanda dos serviços voltada para ações em áreas específicas. Porém, percebe-se a importância da residência estar inserida nestes espaços de cuidado, pois contribui para consolidação da Reforma Psiquiátrica e tem potencial de reorganizar as práticas existentes no campo da prevenção, promoção e reabilitação dos usuários de drogas na AB.

Ao mesmo tempo, há uma grande dificuldade de visualizar articulação entre os pontos da rede de atenção psicossocial, e, principalmente em identificar quais ações de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas acontecem de fato na Atenção Primária.

A inclusão das ações de saúde mental na atenção primária proporciona ampliação da atenção psicossocial, bem como a busca da integralidade do cuidado através do uso de tecnologias leves, tais como vínculo e responsabilização, permitindo que loucura, drogadição e vida coabitem num espaço múltiplo atravessado por singularidades, diferenças e conflitos (SOUZA; RIVERA,2010).

Na prática deve-se priorizar a tecnologia leve como ferramenta para atingir a integralidade do cuidado, fundamentando-se no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na

corresponsabilidade e na escuta ativa entre profissional e usuário do serviço de saúde. A integralidade está presente no encontro, durante a conversa em uma atitude do profissional em busca de reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades das pessoas no que concerne a sua saúde (JORGE, et.al. 2011).

Contudo, acredito que um dos grandes desafios do cuidado na APS é perceber que o cuidado integral ao usuário de drogas não é responsabilidade restrita dos serviços especializados em saúde mental. O trânsito do usuário nos serviços de saúde local é fundamental para ser reconhecido como pertencente ao seu território. Do mesmo modo, o profissional, por sua vez, precisa encarar a loucura e o uso de drogas como parte das experiências de vida possíveis aos sujeitos assistidos na rede, que não se restringem a um serviço específico, mas requerem complexidade de olhares e soluções em ações articuladas.

Corroborando, Pereira (2020) diz que a APS é orientada por princípios como continuidade do cuidado, universalidade, integralidade, vinculação, humanização, responsabilização e equidade. Nela, a saúde deve se estender do âmbito individual ao coletivo, de modo que todo usuário tenha direito de ser tratado de forma integral. As ações de cuidado devem ser pensadas pela equipe e incorporadas ao processo de trabalho de maneira territorializada com repercussão nos determinantes e condicionantes de saúde, atuando desde o diagnóstico, a reabilitação e a redução de danos .

Neste estudo, em respeito a todas as considerações anteriores, optou-se pelo termo Atenção Primária em Saúde, entendendo que os profissionais que atuam nela podem oferecer a atenção mais apropriada para as enfermidades específicas da população de maneira integrada para a variedade de problemas de saúde apresentadas ao longo do tempo (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, 2018).

Apesar de todos os avanços nas políticas públicas de saúde mental no cuidado aos usuários de substâncias psicoativas, compreende-se que há muitos desafios no cuidado aos usuários de SPA na Atenção Primária, devido à complexidade do fenômeno do uso de drogas.

Para tanto, defendo a **tese** de que o cuidado no território, ou seja, na Estratégia de Saúde da Família é fundamental para reorganizar a Rede de Atenção Psicossocial e superar o paradigma psiquiátrico, estigmatizante e fragmentado. Para isso, é necessária uma reapropriação do papel de cuidado em saúde mental por parte da APS, redesenhando a relação com a atenção especializada, diminuindo o número de encaminhamentos e

internações e assumindo um compromisso com a garantia de direitos aos usuários de SPA.

Nesta perspectiva, e acreditando que o cuidado na Atenção Primária é fundamental para os usuários de SPA, esta tese desperta inquietações sobre: *"Quais ações de cuidado a usuários de SPA são realizadas em uma Estratégia de Saúde da Família?"*

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar ações de cuidado à usuários de substâncias psicoativas em uma Estratégia de Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos

Constituir grupos de interesse estratégicos, de usuários, familiares e trabalhadores para desenvolver um processo formativo e avaliativo.

Analisar potencialidades e desafios encontrados no cuidado ao usuário de SPA em uma Estratégia de Saúde da Família.

3. DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A seguir serão contextualizados temas fundamentais para aproximação com proposta desse estudo:

3.1 Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde

Neste tópico por se tratar de uma revisão sobre o tema, será respeitada a nomenclatura escrita por cada autor, Atenção Básica ou Atenção Primária, pois o termo Atenção Básica (AB) utilizado pelo Ministério da Saúde, identifica o que mundialmente é conhecido como Atenção Primaria à Saúde (APS). Tomados como equivalentes pelo Ministério da Saúde, os dois termos serão utilizados, respeitando as opções dos autores (MELLO, FONTANELLA, DEMARZO, 2009).

O início do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) vai ao encontro da Reforma Sanitária, no final da década de 1970, com princípios comuns para a reorientação do modelo de atenção, como a territorialização, a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a integralidade e a interdisciplinaridade(NUNES et al.,2007).

A RPB almejava rever e reformar o modelo de assistência, com extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e substituição por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, além de modificar a lógica de cuidado ao “loucos”, defendendo a cidadania deles (PENIDO, 2013).

O campo da Saúde Mental começou a sofrer maiores transformações a partir da Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, que ocorreu em Caracas em 1990. Ao final do evento foi elaborado um documento, denominado declaração de Caracas, o qual propôs uma saúde mental mais atenta às necessidades e aos direitos das pessoas (AMARANTE, 1995).

O resultado da declaração de Caracas influenciado pelos movimentos da Atenção Primária reverberou na Lei 10.216/01, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, com ampliação da rede de atenção psicossocial (RAPS), apresenta equipamentos substitutivos ao modelo manicomial, sendo que as Unidades Básicas de Saúde são consideradas um dispositivo potente de cuidado.

Inserir a Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (APS) faz-se necessária para que a reforma avance. A APS demonstra que tem potencial para realizar as ações de saúde mental no território, devido a proximidade da equipe com as famílias (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2008).

É importante que as ações de saúde mental na AB sejam realizadas por todos os profissionais , pois ela acontece na realidade do dia a dia do território, permitindo olhar a singularidade das pessoas, sendo assim é um cuidado que faz parte do objetivo e do cotidiano da AB (PORTELA, 2022).

Para Milton Santos (1978) o território pode ser considerado como delimitado, construído e desconstruído por relações de poder que envolvem uma gama muito grande de atores que territorializam suas ações com o passar do tempo. A delimitação do mesmo pode ser irregular e mudar historicamente, bem como acontecer uma diversificação das relações sociais num jogo de poder cada vez mais complexo. Milton Santos elege as categorias forma, função, estrutura, processo e totalidade como as principais que devem ser consideradas na análise geográfica do espaço (SAQUET , SILVA, 2009).

A forma traduz o aspecto visível do território; a função é a atividade que o objeto daquele território desempenha; a estrutura é definida historicamente pela sociedade e cultura local, nela as formas e funções são criadas e instituídas; o processo significa a ação que é realizada de modo contínuo, visando a um resultado, o que implica em tempo e mudança; e a totalidade apresenta-se pelo modo de produção naquele local (SANTOS, 1978).

Na APS o processo de trabalho se estrutura a partir do conceito de delimitação do território, tornando-se fundamental para as ações de promoção à saúde, pois configura-se pelo espaço habitado, marcado pela subjetividade humana, pelas relações afetivas, de pertencimento. O território é dinâmico, fluido, vivo, pulsante, mutante e conhece-lo é essencial para o planejamento das estratégias e políticas públicas (PAULON e NEVES, 2013).

O conceito de APS escrito por Barbara Starfield circunscreve-se, no geral, aos indicadores assistenciais: oferta de serviços de cuidado à saúde integrados e acessíveis, através de clínicos responsáveis por abordar uma ampla maioria das necessidades de cuidados pessoais em saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com pacientes e praticada no contexto da família e comunidade (STARFIELD et al., 2002).

A atenção primária também pode ser definida como um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas, que durante seu processo de implementação no Brasil passou a ser denominada como Atenção Básica, desta forma passa a ser a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada, com o seu modelo assistencial centrado no usuário-cidadão (GIOVANELLA, 2014).

Com o objetivo de desenvolver atenção integral aos usuários , tem-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que visa abranger a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012).

No Brasil, essa reorganização ganhou força a partir dos anos 90, onde o enfoque maior foi dado à família e à comunidade, o governo federal definiu duas principais estratégias de reforma assistencial no sistema de saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), nestes a família e seu meio social são foco de ação, visando a integralidade do sujeito (SOUZA, 2001).

No ano de 2006 o PSF passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e o Ministério da Saúde incentivou financeiramente um modelo específico de organização da rede de atenção básica, que traz em seu escopo um conjunto de diretrizes, como trabalho em equipe de base territorial, a promoção e a prevenção da saúde, o perfil do profissional generalista, a incorporação de agentes comunitários de saúde, entre outros. A ESF passa a ser vista como um modelo de APS focado na unidade familiar, e construído operacionalmente na esfera comunitária, sendo um modelo coletivo de atenção primária de um sistema público e universal (CAMPOS et al., 2008).

Tanto a família quanto os usuários podem expressar suas necessidades nesse espaço da ESF, através do acolhimento, que é um dispositivo utilizado para criar vínculo entre profissionais e usuários.

Determinadas ações podem ser feitas pelos profissionais da ESF, tais como, proporcionar ao usuário um momento para pensar e refletir, exercer uma boa comunicação, exercitar a habilidade da empatia, escutar o que o usuário precisa dizer, acolher a pessoa e suas queixas emocionais como legítimas, reconhecer o entendimento do usuário sobre o assunto e oferecer suporte na medida certa (CHIAVERINI,2011).

O cuidado em saúde mental na APS não deve se restringir a curar doenças, mas sim a promover possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, produzindo vida aos sujeitos, a cada encontro entre profissionais e usuários ambos devem criar ferramentas para construir juntos o cuidado em saúde (PORTELA, 2022).

Existem diversos desafios na APS, tais como o baixo financiamento público, condições precárias de infraestrutura e condições de trabalho, baixa cobertura territorial e relação inadequada entre números de equipe e número de famílias, burocratização da organização das redes de serviços, falta de educação permanente e continuada para transformar a realidade das equipes (CONILL, 2008; PAULON e NEVES, 2013;

MERHY,2005). Segundo esses autores, as práticas de atenção básica são voltadas para a clínica tradicional, com instrumentos de cuidado pouco definidos para o atendimento da demanda de saúde mental na ESF.

As dificuldades observadas para a consolidação da ESF no cuidado em saúde mental são atribuídas à formação profissional, ao preconceito, à falta de ferramentas específicas para consolidar essa política, à demanda de outros programas e à ausência de apoio institucional, em especial com o uso de estratégias de matriciamento ou formação em nível de residência (SANTOS, 2019).

Alguns autores argumentam que a saúde mental tem sido negligenciada nas agendas globais de saúde, mesmo com o destaque das estimativas epidemiológicas existentes, somente no ano de 2007 foi publicada a primeira série sobre saúde mental da revista *The Lancet* como parte de um esforço maior a fim de ressaltar a escala global de problemas de saúde mental e buscar parceiros internacionais com o intuito de fortalecer a saúde mental (HORTON, 2007; ORTEGA;WENCESLAU, 2015).

Ortega e Wenceslau (2015) apontam a existência de uma lacuna de tratamento, chamada de *gap treatment*,entre a necessidade e a disponibilidade de serviços de saúde mental, especialmente em países de renda média e baixa. O Brasil, considerado país de média renda, apresenta a agenda parcialmente fechada a esse movimento global, o que evita alguns vieses, porém também afasta de avanços que uma participação crítica nestas discussões poderia oferecer. Não obstante sabe-se que a organização dos cuidados em saúde mental no Brasil é moldada por um conjunto diverso de influências e está longe de ser um campo negligenciado dentro do debate e das práticas sanitárias brasileiras.

A APS tem diversas potencialidades em saúde mental, é um eixo fundamental do cuidado e reorganização da Rede de Atenção Psicossocial, redefinindo a atenção especializada. Sabe-se que em saúde mental, uma rede bem articulada com coordenação entre os serviços e garantia de continuidade de cuidados, necessita de integração em todos os âmbitos da saúde, incluindo a APS, somente desta forma pode-se diminuir as referências a especialistas, hospitais psiquiátricos e superar o modelo asilar, tecendo cuidados aos usuários, seu entorno e seus familiares (PAULON; NEVES,2013).

O papel de profissionais não especialistas em saúde mental, ou seja, os profissionais da atenção primária à saúde, é elemento fundamental para o alcance de objetivos de garantia de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários de substâncias psicoativas bem como para a qualificação da assistência aos mesmos (KAKUMA et al, 2011).

A incorporação do modelo psicossocial na área de álcool e outras drogas em contraposição ao modelo biomédico clássico objetivou uma mudança importante nos direitos dos usuários e na concepção de que a internação fechada e de longa duração seria a única forma de cuidado possível (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÂO, 2013).

Compreende-se a continuidade do cuidado como a construção de um plano de longa duração, condicionada a existência de uma rede integral e com garantia de acesso aos serviços de saúde, enquanto a integralidade reflete os atributos dos profissionais a continuidade do cuidado reflete o plano de tratamento e a experiência do usuário de álcool e outras drogas em sua trajetória de cuidados. A continuidade do cuidado é um elemento central da atenção primária, pois quando há um relacionamento continuo entre profissional e paciente a efetividade e resolutividade tende a aumentar (MATTOS, 2001; MOTA et. al, 2015).

Comumente os serviços de atenção primária são mais acessíveis, disponíveis e aceitos pela comunidade, pois neste nível de atenção há possiblidade de tratamento integrado, centrado no paciente e efetivo, em que os problemas físicos, mentais e psicossomáticos são abordados em conjunto por uma equipe de profissionais. Além disso, tornam-se mais atrativos para pacientes e familiares que estão preocupados com o estigma que ainda é associado ao uso de substâncias psicoativas (WENCESLAU, ORTEGA, 2015).

É necessário que estejamos atentos aos cuidados de usuários de SPA na atenção primária, pois muitas vezes esses são pautados na lógica da medicalização e fragmentação dos sujeitos, tornando o cuidado médico- centrado. Para que de fato haja uma mudança no cenário todos os profissionais da APS devem desenvolver habilidades para acolher, escutar e incluir pessoas e famílias com demandas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, promovendo vínculo afetivo e de compromisso entre paciente, profissionais e família (SILVA FILHO; BEZERRA, 2018).

As equipes necessitam dispor de um amplo conhecimento da cultura, das necessidades e preferências de saúde da população, focar no território e na atenção domiciliar, ter flexibilidade na oferta de cuidados sem exigência de adaptação a padrões fixos, trabalhar em equipe multiprofissional, apostar na participação ativa do usuário na construção do seu plano de cuidados e desenvolver ações de apoio à integração social (DIMENSTEIN, LIMA, MACEDO, 2013).

A literatura aponta que há uma tendência de transpor o modelo médico centrado, porém o modelo prescritivo da APS pode engessar a criatividade dos profissionais e

impedir o cuidado de forma efetiva aos usuários de SPA (FRANCO, MERHY, 2006).

A saúde mental e atenção básica são campos que convergem a um objeto comum e o que está em jogo em ambos é a superação dualista do homem, a partir da construção de um modelo dinâmico, complexo e não reducionista. Ao focar no sofrimento ou na doença o profissional corre o risco de negligenciar outras dimensões da pessoa que estejam indo bem (PORTELA, 2022).

Portanto acredita-se que a qualidade do cuidado está relacionada diretamente à capacidade de acolhimento e satisfação do usuário. O usuário deseja ser compreendido e não apenas passar por procedimentos técnicos, além de perguntar sobre as queixas e orienta-lo se ele deseja uma solução. Nesse sentido, o trabalhador deve se deixar afetar pelos problemas do usuário, flexibilizando e ampliando a clínica afim de proporcionar a real mudança de modelo (MEDEIROS et al, 2010; MATUMOTO et al, 2013).A saúde mental na APS deve ser realizada por profissionais que acreditam numa saúde centrada na pessoa e não em rótulos ou diagnósticos.

Apesar de as políticas de saúde mental terem avançado de forma significativa nos últimos 30 anos, uma das áreas que não foi inicialmente objeto de intervenção da saúde mental, é o cuidado aos usuários de substâncias psicoativas, portanto, apresentam um caminho diferente na construção das políticas públicas. Portanto no próximo tópico será apresentado a construção histórica do uso de SPA e o cuidado aos usuários de substâncias Psicoativas na Rede de Atenção Psicossocial.

3.3 O Cuidado ao Usuário de Substâncias Psicoativas na Atenção Primária

A relação entre o homem e as substâncias psicoativas é antiga, estando presente em diferentes contextos, com objetivos e motivações diversas. Varia a cada cultura e a cada época, seja por razões culturais ou religiosas, quer por recreação ou como forma de enfrentamento de problemas, para transgredir ou transcender, como meio de socialização ou para se isolar (BRASIL, 2014; SINIAK, 2018).

O consumo de substâncias psicoativas, desde civilizações antigas, sempre esteve sob regulação social, o que condicionava o consumo de determinadas substâncias mediante normas e convenções socialmente compartilhadas, desta forma, com a popularização de algumas substâncias esta questão do uso passa a ter expansão tanto para fins terapêuticos quanto para fins recreativos (ARAUJO; MOREIRA, 2006). Desta forma pode-se dizer que em diferentes épocas e grupos as drogas estiveram ligadas a um modo

de uso ritualizado (religioso), terapêutico (medicinal), e/ou prazeroso (recreativo) (SANTOS, 2019).

Por muitos anos a definição de droga foi apresentada na antiga Grécia, desde então começa a ser discutido que a mesma poderia ser benéfica ou prejudicial. O que realmente diferenciava a droga entre remédio ou veneno era a dose que estava sendo administrada, desta forma uma droga não poderia ser catalogada como benigna ou danosa (ESCOHOTADO, 2004).

Na Idade Média a farmacologia ocidental era considerada pobre e limitava-se a produção feita com o que era plantado nos jardins. Neste período algumas religiões começam a produzir cerveja, extraída de plantas, porém eram associadas à rituais de exorcismos e práticas demoníacas. As drogas começam a ser relacionadas à prática de bruxarias havendo conhecimento de uso considerável de substâncias com origem nas plantas (ESCOHOTADO, 2004).

Com a expansão das grandes navegações e a com a revolução industrial que aconteceram na Idade Moderna, houve também o aumento do contato entre países e continentes, desta forma, facilitando o intercâmbio de drogas. Nesse contexto o consumo de drogas começa a tomar proporções preocupantes (BRASIL, 2014).

Autoridades internacionais definem o uso de drogas, nos anos 80, como um dos primeiros problemas mundiais, mesmo que o problema relacionado com as drogas estivesse muito abaixo no ranking quando comparado a morbidade da pobreza, da exploração humana, das guerras e violência política, dos acidentes de trânsito entre outros (ROMANI, 1999).

O fenômeno das drogas passa a ser considerado um fenômeno social, pois o uso da substância é capaz de alterar pensamento e comportamento o que afeta as pessoas de diversas maneiras. Desta forma o fenômeno da drogadição não se reduz a uma relação linear de causa e efeito, mas insere-se numa perspectiva complexa, envolvendo diversas interações de variáveis e articulações entre áreas distintas do conhecimento (ASSIS,BARREIROS e CONCEIÇÂO, 2013). Porém na maioria das vezes este tema está sendo tratado de forma reducionista, fragmentada, não levando em consideração sua amplitude e complexidade (SCHNEIDER, 2011).

O ópio foi a droga responsável por chamar atenção para as consequências desse consumo para a saúde, desta forma no cenário internacional as manifestações políticas envolvendo substâncias psicoativas tiveram início no século XX, a partir da Conferência

sobre o Ópio realizada em Xangai em 1909, inaugurando assim a era dos controles e proibicionismos (SILVA, 2013).

No continente americano esta problemática despontou em momentos distintos para cada país: no final do século XIX para os EUA, devido a uma série de interesses comerciais, políticos e sociais convergentes e nas décadas seguintes para o México, em resposta incipiente do mercado norte-americano e como resposta a sua incorporação nos elos da cadeia do narcotráfico. No final dos anos 1930 existia um arcabouço legal internacional substantivo controlando o comércio de drogas, mas que envolvia um determinado grupo de países, a maioria dos quais com interesses comerciais envolvidos e com lucros com a produção ou com os impostos sobre as substâncias ingressadas em seu território (SILVA, 2013).

Em 1925 na Segunda Conferência de Genebra, aprovou-se a Convenção Internacional do Ópio, convenção esta que estabeleceu uma série de medidas de controle, assegurando a disponibilidade de drogas para uso médico, científico e prevenção da distribuição por meios ilícitos, algumas medidas claramente foram ineficaz, pois existia a crença de que o cultivo e o tráfico ilegal eram a causa do abuso de drogas (SILVA, 2013).

Nasce o regime proibicionista internacional, do qual países latino-americanos não fizeram parte das negociações iniciais, concentrando-se no controle e regulamentação dos cultivos, produção e distribuição legais de drogas (para fins médicos e científicos) e na eliminação do cultivo, produção e distribuição ilegais, não dando a devida atenção para as questões do consumo e do abuso (SILVA, 2013).

Nesse contexto, o paradigma proibicionista dominante sobre as drogas era chamado de modelo penal, o modelo é baseado no paradigma jurídico repressivo, com leis e regulamentos que tratam o uso de drogas a partir do prisma de um delito e que produz, entre outras coisas, a criminalização e a estigmatização dos usuários, os quais foram firmados a partir dos principais convênios internacionais para a fiscalização de produtos e criminalização de seus consumidores (ROMANI, 1999).

O usuário passa a ser visto de forma criminalizada pela sociedade e em algumas vezes como um problema para a saúde, havendo uma disputa entre o olhar policialesco e o estatuto social do problema (MERHY, 2016).

O cenário histórico que será apresentado reflete que os usuários de SPA são associados à criminalidade e práticas antissociais, desta forma a oferta de tratamentos por

muito tempo foi limitada a um modelo excludente que separava os usuários do convívio social (BRASIL, 2004).

Sendo assim o que é desvelado pela mídia e pelos discursos da sociedade civil e política, faz com que a população valorize os aspectos negativos da dependência de drogas o que fortalece o preconceito e estigma em relação aos usuários, com a ideia de que todos são envolvidos com o tráfico de drogas, com criminalidade e que interromper o uso está relacionado à força de vontade dos usuários (BARD, 2016).

O usuário passa a ser visto como alguém incapaz, perigoso e sem condições de exercer sua vida civil, é aquele que apresenta um comportamento indisciplinado e desta forma não consegue conviver em sociedade (BARD,2016).

O Brasil foi negligente aos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas por um longo período histórico, sendo que este tema começa a ser discutido pelo Estado no século XX, predominantemente no campo da justiça e segurança pública, ponderando o uso de drogas como um ato criminoso e moralmente incorreto. Sendo assim essa postura proibicionista estava alicerçada no posicionamento político de "guerra as drogas", com o intuito de promover a abstinência drogas ilícitas e sua depuração da sociedade, ressalta-se que essa postura foi influenciada e embasada por deliberações e acordos realizados nas conferências internacionais em especial as da Organização das Nações Unidas (ONU) (MOTA E RONZANI,2013).

Contudo a partir da década de 1970, a legislação brasileira passa a ser influenciada pelo saber médico, especificamente pela psiquiatria. Desta forma além do usuário ser considerado um criminoso ele passa a ser considerado também um doente, tornando-se um agente passivo frente a sua doença. Legitima-se então uma intervenção direta na liberdade de escolha e ação do indivíduo e reforça-se que ele não tem capacidade de escolher o que é melhor para si, logo o discurso médico reforça a patologização e a exclusão os usuários de álcool e outras drogas (MACHADO e MIRANDA, 2007).

Na tentativa de prestar assistência aos usuários de drogas, entre 1970 e 1980 foram utilizados os hospitais psiquiátricos, dispositivo este inserido num cenário assistencial vazio e de difícil acesso, as penas que antes determinavam a exclusão dos usuários do convívio social em prisões passam a considerar os hospitais psiquiátricos como *locus* prioritário para o tratamento e recuperação, o enfoque era a "salvação" e a punição destes usuários (ALVES, 2009; MACHADO, MIRANDA, 2007; VAISSMAN, RAMOA, SERRA, 2008).

Nesta perspectiva evidencia-se que há uma predominância de repressão à oferta e demanda de drogas em detrimento de ações de saúde. Este cenário pode ser evidenciado na Lei nº 6.638 de 1976, a primeira lei brasileira que aborda a questão do tratamento de usuários de drogas na rede pública, e discorre que estados e municípios deverão contar somente quando necessário e possível com serviços específicos para tratar de pessoas que usam drogas (BRASIL, 1976). Desse modo surgem as instituições de natureza não governamental, como as comunidades terapêuticas e os grupos de mútua ajuda, na tentativa de resposta ao problema do uso de drogas (ALVES, 2009; WANDEKOKEN, SIQUEIRA, 2011).

A partir de 1980, após a Reforma Psiquiátrica e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) a concepção dos problemas associados ao uso de drogas mostra-se mais ampliada no discurso político e passa a ser encarada como uma questão de saúde pública (MACHADO e MIRANDA, 2007).

Em face ao ganho de forças políticas, surge o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), suas ações vão além da repressão ao uso e tráfico de drogas, contribuindo significativamente para fortalecimento das práticas de atenção e para, apesar de inicial, a constituição de uma rede de serviços para usuários de drogas. Cabe salientar que essas mudanças ocorrem num cenário de avanços e retrocessos em relação à atenção aos usuários de drogas, porém vão unindo forças e espaço na legislação e nas políticas públicas (ALVES, 2009).

O Brasil assume um compromisso junto as Nações Unidas para a redução da oferta e demanda de drogas o que impulsionou algumas ações políticas: extinção do CONFEN, instituição do Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), por meio do Decreto 3.696/2000, composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), subordinados não mais ao Ministério da Justiça, mas ao Gabinete Militar da Presidência da República, hoje Gabinete de Segurança Institucional (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014). Essa nova ligação política causou insatisfação por parte de atores institucionais, por compreenderem que o tema das drogas não poderia ser entendido como uma questão de segurança social.

Nos anos 2000 há um redimensionamento no modelo assistencial, surgindo uma nova visão no lidar com a política sobre drogas, visão esta focada nos usuários de álcool e outras drogas. Dois acontecimentos demonstraram interesse na população usuária de drogas, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que aprovou a construção de uma rede de atenção para os usuários de álcool e outras drogas, e a própria Lei 10.216/2001,

que orienta a atenção em Saúde Mental, Álcool e outras drogas na rede de serviços de saúde mental (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

A implementação dos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD) foi um marco para consolidar a política, estes foram regulamentados através de Portaria GM/MS 336/2002 e são definidos como serviços de atenção psicossocial de referência para as pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas no seu território de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social (BRASIL, 2002).

Mesmo que o CAPS AD seja um dispositivo que se proponha a acolher e tratar usuários de drogas, ele continua sendo uma "clínica" para usuários de drogas, uma vez que assim como a droga pode representar para alguns sujeitos uma reposta imediata (urgência de gozo) pode-se esperar que a busca por tratamento nesses locais também seja a busca por uma solução- tampão, o que muitas vezes é traduzido através da medicalização e das internações, sejam elas voluntárias ou compulsórias (DELGADO 2016).

A expansão e qualificação dos serviços substitutivos são fundamentadas nos princípios da reforma psiquiátrica e os CAPS tornam-se responsáveis por construir uma rede de atenção integral ao usuário de SPA, composto por UBS e Hospitais Gerais também, desta forma o CAPS não deve ser o único que presta cuidados aos usuários de SPA (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Para que a rede seja criada e sustentada é necessário criar a partir da escuta das singularidades a construção de estratégias clínicas, questionando as sutilezas dos sujeitos, abrindo espaço por meio por meio da fala, para a singularidade de cada um, em formular sobre a sua experiência na relação com a droga e com o mundo (DELGADO,2016).

Com o intuito de planejar o cuidado aos usuários de drogas a Política de Redução de Danos (PRD) foi implantada em diversas cidades brasileiras, desde 1989, iniciou com cuidados voltados à pessoas com HIV/AIDS e foi se transformando em uma política que visa a redução de riscos e danos de natureza social, política, física e psíquica, sem condicionar isso à abstinência, nem ao uso de drogas pelas pessoas, sendo instituída no ano de 2005 pela portaria do Ministério da Saúde nº 1.059 (ANDRADE, 2016).

Têm-se a construção de um novo modelo de cuidado a usuários de SPA, pois o paradigma da Redução de Danos (RD) é baseado no contexto peculiar da realidade do próprio usuário, que muitas vezes não deseja abandonar as drogas, mas deseja ter uma melhor qualidade de saúde. Desta forma, desloca-se o foco da substância e se valoriza a

pessoa como elemento principal no processo de saúde pública e qualidade de vida (LINDNER, SIQUEIRA, 2016).

É importante ressaltar que mesmo com uma política voltada para o cuidado aos usuários, estes continuaram sofrendo estigma e preconceito por parte da sociedade e de muitos profissionais, porque para o seu entorno, o individuo se apresenta como “fora do padrão social”, sendo considerado “vagabundo”, “irresponsável”. Este preconceito é intensificado com a criminalização dos usuários de SPA, o que constata a reprodução de uma exclusão histórica em relação a esses indivíduos (LINDNER;SIQUEIRA, 2016).

É imprescindível que os profissionais tenham uma formação continuada sobre boas práticas de cuidado à pessoas que usam SPA, além de dialogar sobre os estigmas e preconceitos relacionados ao tema para que se insiram no contexto de mudança de paradigmas e sejam multiplicadores tanto na comunidade quanto nos serviços de saúde (LINDNER, SIQUEIRA, 2016).

Com o intuito de criar, ampliar e articular os pontos de atenção e considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, foi publicada em 2011 a portaria nº 3.088/2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destinada à população com transtorno mental decorrente do uso de drogas, no âmbito do SUS. Os serviços que fazem parte da RAPS são: Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Consultório na Rua, Centros de convivência, Serviços de Urgência e Emergência, Leitos em Hospital Geral, Unidade de caráter transitório, residenciais terapêuticos entre outros, visando a reabilitação e reinserção social destes usuários (BRASIL, 2011).

A proposta da RAPS enfrenta diversos desafios, tais como articular diversas abordagens, incluir diferentes categorias profissionais no processo de cuidado dos usuários, respeitar a autonomia dos sujeitos, contribuir para atenção à saúde, prevenção e reinserção social dos usuários. É necessário repensar a organização da assistência para que de fato tenhamos avanços e não apenas a abertura de novos serviços (LAPORT, JUNQUEIRA , 2015).

A política propõe uma inversão de paradigmas e modelos assistenciais significativos, onde explora a diversidade e especificidade dos grupos populacionais e das individualidades, revelando um esforço em romper com as práticas de intervenção chamadas “clínicas”, que tinham caráter individual e fortalece as questões do campo da

saúde coletiva, demonstrando que o sujeito e atravessado por uma realidade e ao mesmo tempo é ator transformador dela (PAIM, 1980; SANTOS; YASUI, 2016).

A Atenção Primária é considerada um ponto de referência da RAPS, porém estudos avaliam que uma das dificuldades no trabalho em rede é o cuidado em saúde mental na atenção básica, considerando que ele é um ponto frágil da RAPS (SANTOS, 2019).

Salienta-se que o cuidado dos usuários no território é importante, não somente por ser o local onde ele reside, mas porque o território é uma rede formada pelas relações da população com os serviços de saúde, com seus contextos de vida, com seus locais de vivência, de uso de drogas, de relações sociais, que são móveis, autônomos e se transformam a partir dessas interpelações (SILVA,2016).

Acolher o usuário no seu território é importante para dar lugar à forma e o tempo que cada sujeito revela as particularidades de sua história entrelaçada com o uso de drogas. Para tal é essencial que o profissional escute sem nenhum *a priori*, estando atento às capturas, não invalidando o que o sujeito releva ou constrói na sua vida e vivência com a droga. O profissional deve suportar o inédito, o intempestivo ou até mesmo aquilo que está cristalizado no discurso, acolher significa estar aberto para escutar o sofrimento que se apresenta (SANTOS; YASUI, 2016).

A intersetorialidade, a atenção integral, a prevenção, a promoção e a proteção da saúde de usuários de SPA são definidas nessa nova política, como uma nova forma de cuidar dos usuários, almejando a superação do paradigma psiquiátrico, rompendo com a lógica de doença- cura.

O paradigma da Atenção Psicossocial tem caráter processual e de composição com o usuário de SPA e com a comunidade no seu entorno, não se trata de cuidar somente no CAPS ou Consultório na rua, mas de estruturar a rede através de projetos terapêuticos singulares , com caráter dinâmico e necessário numa clínica intempestiva, para que de fato seja intersetorial e dialogue com a sociedade civil. Para tal é necessário esvaziar os sentidos estigmatizadores da doença, do assistencialismo, do “coitado” ou da marginalidade para defender o resgate cidadania e da qualidade de vida dos usuários (SANTOS; YASUI, 2016).

Em relação ao cuidado em saúde mental na Atenção Primária ainda há muitos desafios e incertezas quanto à forma de gerenciar as ações, porém percebe-se que este cenário da ESF, quando visto como ambiente de cuidado, favoreceria o cuidado centrado no usuário de drogas de forma integral (ESLABÂO, 2017).

Cabe salientar que a Política Nacional de Saúde Mental brasileira vem sofrendo algumas mudanças ao longo dos anos, pois considerando a necessidade de articular as entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa com a rede de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social do Sistema Único de Saúde - SUS, do Sistema Único de Assistência Social - SUAS o CONAD publicou a Resolução nº01 a qual regulamentou a inserção das Comunidades Terapêuticas (CT) no Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL, 2015).

O Brasil registrou um crescimento das comunidades terapêuticas pertencentes ao setor privado, filantrópico ou a instituições religiosas, sem regulamentação e que vem recebendo fortes críticas por não estarem articuladas às diretrizes da atenção psicossocial. Compreende-se que a proliferação desses serviços e o número elevado de internações nos hospitais psiquiátricos são outros indícios da escassez de serviços comunitários e de sua inadequação de cuidado às necessidades de usuários de drogas e famílias (RIBEIRO, 2016; COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

Com o intuito de implementar programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social, de fortalecer a capacidade institucional dos participantes e de promover melhorias nos processos de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do abuso ou dependência de drogas/substâncias psicoativas foi criado em 2017 através da Portaria Interministerial nº02/2017 um Comitê Interministerial. Este comitê deverá priorizar as ações de cuidado e inserção social, com foco no acolhimento residencial transitório de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPA, as quais serão realizadas por comunidades terapêuticas (BRASIL, 2017).

. Frente a este cenário em 2019 foram publicadas as Portarias nº 562 e 563 do Ministério da Cidadania, que criaram o Plano de Fiscalização e Monitoramento das Comunidades Terapêuticas no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED, bem como o credenciamento das CT e das entidades de prevenção, apoio, ajuda mútua, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes de drogas e seus familiares, estabelecendo regras e procedimentos para tanto (BRASIL, 2020).

No dia 04 de fevereiro de 2019 foi publicada um nota técnica nº11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS deixando clara a intenção de transformar o modelo vigente, apresentando-se como uma “Nova Política de Saúde Mental”, porém as mudanças na

Política Nacional de Saúde Mental não foram feitas nesta Nota Técnica, mas sim pelas portarias e resoluções que a embasam. O Ministério da Saúde assume que se trata de uma troca de modelo, desconsiderando os serviços como sendo substitutos de outros e não fomentando o fechamento de unidades de qualquer natureza, afirmando a ideia de aumentar o número de leitos psiquiátricos (CRUZ et al., 2020).

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), alertam sobre o desmonte da rede de atenção psicossocial nos últimos anos e sugerem que o longo e exitoso percurso da Reforma Psiquiátrica oriente sobre estratégias de resistência a ele, que os profissionais possam debater e buscar os melhores caminhos para enfrentar os desafios impostos desde o ano de 2016.

4. REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

4.1 A Avaliação de Quarta Geração

Este projeto de pesquisa tem como referencial teórico-metodológico de avaliação em saúde, a “Avaliação de Quarta Geração” (GUBA; LINCOLN, 1989).

A aplicação prática da Avaliação de Quarta Geração ocorreu pela primeira vez no Brasil, no campo da saúde, em uma pesquisa desenvolvida por Furtado (2001) para avaliar um serviço de atendimento domiciliar. Posteriormente, essa metodologia foi adaptada e aplicada no campo da saúde mental por Wetzel (2005) em sua tese de doutorado, para a avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (PINHO, 2014).

A avaliação de quarta geração é uma abordagem emergente mais madura da avaliação, ela vai além da ciência, pois consegue abranger elementos humanos, políticos, sociais, culturais e contextuais, ela transpõe as gerações anteriores e abarca um novo nível na dinâmica, onde a principal característica é a negociação (GUBA; LINCOLN, 1989).

Segundo Guba e Lincoln (2011), esse novo modelo possui algumas características muito interessantes, sendo cinco as principais: primeiro eles mencionam que os resultados não são apenas descrições dos fatos, mas sim uma representação das construções significativas que os diversos atores formam para atribuir sentido, existe um processo interativo entre avaliador e os grupos de interesse (stakeholders).

Para os autores, existem diferentes grupos de interesse, os agentes, que são pessoas envolvidas em produzir e implementar o serviço; os beneficiários, todas as pessoas que se beneficiam de alguma forma, utilizando o serviço; e as vítimas, que são as pessoas afetadas negativamente pelo serviço, normalmente elas não têm poder, influência ou prestígio fazem parte de grupos que sofreram efeitos negativos, são grupos excluídos do seu uso (PINHO,2014).

Segundo, ele reconhece que a sociedade se estrutura com valores pluralistas, desta forma reconhece as construções por meio das quais as pessoas atribuem sentido à determinada situação ou vivência; terceiro, ele propõe que essas construções sejam vinculadas a contextos físicos, psicológicos, sociais e culturais específicos, além disso nos remete a construções compartilhadas onde o consenso é um produto de troca conceitual humana em um ambiente particular; quarto, essa forma de avaliação reconhece que as avaliações podem ser moldadas de várias maneiras para conceder direitos aos grupos de interesse ou os privar de direitos.

Quinto, ele propõe que a avaliação deve centrar-se em uma ação que defina o rumo a ser seguido, estimule os interessados a segui-lo e gere e preserve seu compromisso em proceder dessa forma. Em suma, a avaliação de quarta geração sustenta que, na medida em que a avaliação envolva seres humanos, é responsabilidade do avaliador interagir com esses seres de uma maneira que respeite sua dignidade, sua integridade e sua privacidade.

A avaliação de Quarta Geração está fundamentada em dois elementos, ela tem um enfoque responsivo, onde todos os grupos de interesse têm direito de apresentar suas reinvindicações, preocupações e questões que servem como foco organizacional, e o processo de investigação é conduzido através dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista (GUBA; LINCOLN, 2011).

O termo "responsiva" é usado para designar uma diferente forma de focalizar uma avaliação em relação aos seus parâmetros e limites, pois ela determina os mesmos através de um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse e que consome uma considerável porção de tempo e de recursos disponíveis. Já o termo "construtivista" é usado para designar a metodologia empregada para realizar a avaliação e que tem as suas raízes em um paradigma de pesquisa que é alternativo ao paradigma científico tradicional, de caráter positivista, naturalmente neutro, distante e imparcial (PINHO, 2014).

A postura da avaliação de Quarta Geração parte da premissa que as realidades não estão objetivamente “lá fora”, elas são construídas pelas pessoas, sob a influência de diversos fatores sociais e culturais, gerando construções compartilhadas, desta forma, não existe realidade, exceto a criada quando à uma atribuição de sentido ao seu entorno (GUBA, LINCOLN, 2011).

Os autores acreditam que para através do processo “hermenêutico-dialético” surgirá uma nova construção que não necessariamente será melhor ou mais verdadeira que a anterior, mas simplesmente mais fundamentada e esclarecida.

Neste processo o avaliador é responsável por: identificar todos os grupos de interesse que corram algum tipo de risco na avaliação; extrair de cada grupo suas construções sobre o sujeito-objeto da avaliação e a variedade de reinvindicações, preocupações que eles desejam levantar; oferecer um contexto e um método por meio dos quais diferentes construções serão apreciadas; gerar consenso, tanto quanto possível, com respeito a varias construções e respectivas reinvindicações, preocupações e questões; preparar uma política de negociação com respeito aos pontos sobre os quais não houve consenso; coletar e fornecer informações indicadas nessa política de negociação;

estabelecer e intermediar os grupos de interesse; elaborar um relatório para divulgar aos grupos de interesse qualquer consenso sobre as construções; reciclar a avaliação uma vez mais para lidar com as construções .

4.2 O círculo hermenêutico-dialético

O processo do círculo é *hermenêutico* porque tem caráter interpretativo e é *dialético* porque representa uma comparação e contraposição de pontos de vista divergentes com a finalidade de obter uma síntese mais elaborada de todos eles (GUBA; LINCOLN, 2011).

O círculo hermenêutico- dialético permite que as primeiras entrevistas sejam menos estruturadas, deixando que o respondente fale livremente sobre o serviço. A medida que as entrevistas forem sendo realizadas, a sua análise permite que sejam identificadas questões que são colocadas nas entrevistas seguintes, de forma que serão cada vez mais estruturadas, não deixando porém de permitir que todos os entrevistados possam colocar novas questões se assim desejarem. Dessa forma, as entrevistas classificam-se como semi-estruturadas, articulando as duas formas apresentadas (KANTORSKI; JARDIM, 2011).

Guba & Lincoln (1989) propõe o modelo hermenêutico- dialético como uma negociação produtiva requer certas condições, que incluem: o compromisso das partes em trabalharem em uma posição de integridade, sem espaço para mentiras e enganos deliberados; competência mínima das partes para se comunicar; compromisso em compartilhar poder; compromisso em mudar frente a negociações persuasivas; compromisso de reconsiderar os seus valores quando apropriado; e compromisso de dispor de tempo e energia que forem requeridas pelo processo. Esse processo seguiu o modelo esquemático proposto pelos autores (FIGURA 1):

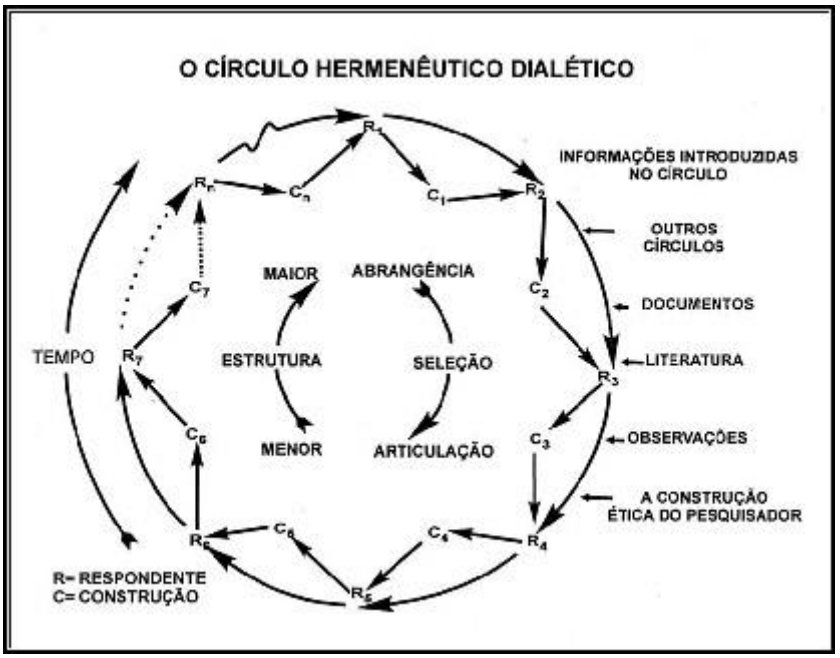

Figura 1- Círculo Hermenêutico- Dialético.

Fonte: Adaptado por Wetzel (2005) a partir de Guba & Lincoln (1989)

O círculo é iniciado quando um respondente inicial (R1) é selecionado pelo pesquisador em razão da sua posição estratégica em relação ao objeto de avaliação, para este realiza-se uma entrevista aberta que determina a construção inicial em relação ao que será avaliado ou investigado. Os temas centrais, conceitos, ideias, valores, problemas e questões propostas pelo R1 são analisados pelo pesquisador, em uma formulação inicial da sua construção, designada C1, desta forma a análise é concomitante a coleta de dados.

A entrevista com R2 produzirá informações não apenas sobre R2, mas também criticas as demandas e construções do R1, desta forma o pesquisador completa a segunda análise (C2) e o processo é repetido nas entrevistas seguintes.

O círculo hermenêutico-dialético (CHD) é uma técnica de entrevistas que permite a interação dos entrevistados entre si (sujeitos da pesquisa) e destes com o pesquisador. Nesta técnica, o pesquisador, mesmo realizando entrevistas individuais com cada sujeito da pesquisa, possibilita que suas falas possam ser lidas pelos outros entrevistados, que elaboram uma síntese da sua e das demais respostas, conduzindo ou não modificações na sua resposta original.

As informações disponíveis aos participantes do círculo não precisam ser limitadas àquelas que eles e o pesquisador trazem. É possível introduzir outras demandas que a oportunidade e a necessidade originam, tais como construções que emergem de outros grupos de interesse, dados de observação, documentos, literatura relevante e a

construção ética do pesquisador. Os círculos não necessitam ser abertos apenas com indivíduos similares, círculos podem ser formados por pessoas muito diferentes umas das outras.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, com caráter avaliativo. Fundamentado na perspectiva construtivista que ocorreu de forma conjunta com os grupos de interesse (*stakeholders*), esta abordagem tem sustentação na hermenêutica-dialética de um percurso de "interação, análise, crítica, reiteração, reanálise e assim por diante" (GUBA; LINCOLN, 2011).

Para Minayo (2011) o método qualitativo consiste no estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, que emergem das interpretações que as pessoas realizam no que diz respeito à vivência, construção de si próprios e dos artefatos, sentimentos e pensamentos.

Os estudos qualitativos buscam discutir questões sobre o modo como a experiência social é criada e adquire significados, bem como situam o caráter socialmente construído da realidade (DENZIN, LINCOLN, 2005).

O Estudo de Caso pode ser definido com um estudo exaustivo, profundo e extenso de uma ou de poucas unidades, empiricamente verificáveis, de maneira que permita seu conhecimento amplo e detalhado (MENDONÇA, 2014).

5.2. Cenário do Estudo

A pesquisa foi realizada em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Uruguaiana, localizado na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, Brasil.

5.2.1. Município de Uruguaiana

Uruguaiana foi fundada em 24 de fevereiro de 1843 emancipando-se em 1846, sua etnia foi originada por grupos nômades indígenas e posteriormente os colonizadores foram espanhóis, portugueses e africanos, atualmente as correntes migratórias são representadas por italianos, alemães, espanhóis, franceses e árabes.

O município está localizado no extremo oeste do Estado o Rio Grande do Sul e faz fronteira com Argentina e Uruguai. Localiza-se a 650 km da Capital do Estado, sendo a maior cidade da região oeste com a população estimada de 125.435 habitante e um índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) de 0,744, o que significa que é uma faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799), cerca de 35% da população tem renda de até ½ salário-mínimo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

É o terceiro maior município do Estado em área territorial, 5.702,098 km², limita-se ao norte com o município de Itaqui, ao sul com Barra do Quaraí, ao leste com Alegrete e Quaraí e oeste com Passo de Los Libres, República da Argentina (FIGURA 2).

Figura 2:Representação do Município de Uruguaiana- RS (IBGE,2020).
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Uruguaiana, 2023

A economia do Município é proveniente, principalmente da agricultura e da pecuária. A principal cultura agrícola disponível no Município é o arroz, no que diz respeito à pecuária, Uruguaiana apresenta um grande rebanho bovino, além de uma significativa criação, principalmente, de ovinos e equinos. O Município possui uma moderna estação aduaneira, das maiores do Brasil, próxima à ponte internacional, sendo que mantem o maior porto seco da América Latina, o que faz da cidade um ponto estratégico para o MERCOSUL (PREFEITURA MUNICIPAL DE URUGUAIANA, 2017).

5.2.2 Sistema de Saúde Local

O município de Uruguaiana pertence à 10ª Coordenadoria Regional de Saúde (10ª CRS) e a assistência em saúde é norteada por políticas e programas estabelecidos no município com base nos programas do Ministério da Saúde. Existe uma rede de saúde para atender os usuários formada por serviços dos três níveis de complexidade (baixa, médica e alta) (PREFEITURA MUNICIPAL DE URUGUAIANA, 2017).

Segundo o plano plurianual de saúde do município 2018-2021, à Atenção Primária em Saúde (APS) tem uma cobertura populacional estimada de 66% pelas equipes de Atenção Básica. Uruguaiana conta com 16 unidades de saúde com estrutura física distribuídas no perímetro urbano e 03 unidades de saúde na área rural, nestas UBS estão implantadas 23 Equipes de Saúde da Família no perímetro urbano e 01 Equipes Saúde da Família Rural, conforme figura 3 (PREFEITURA MUNICIPAL DE URUGUAIANA, 2017) .

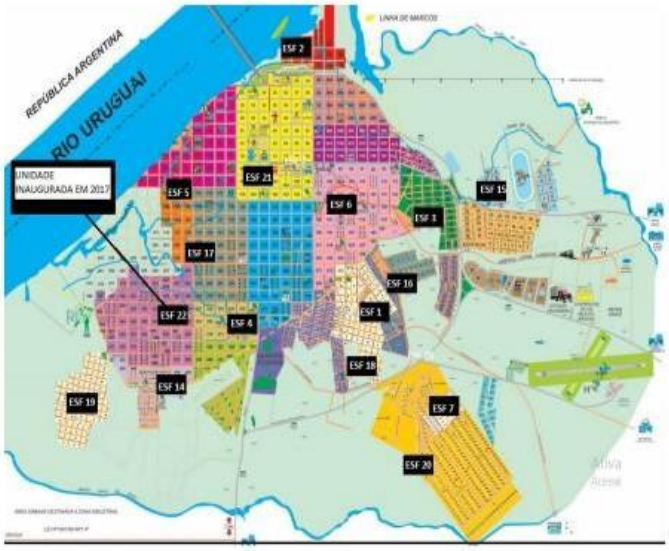

Figura 3: Distribuição das ESF no município (SMS, 2017).

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Uruguaiana, 2023

A atenção secundária (média complexidade) é ofertada pelos seguintes serviços: Centro de Especialidades Odontológicas, Policlínicas Adulto e Infantil, Fisioterapia, Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS/DST/AIDS) e Centro de Administração de Medicações Injetáveis (CAMI) (referência em triagem, aconselhamento diagnóstico e tratamento de HIV e hepatites respectivamente), Ambulatório de Saúde Mental, CAPS II, CAPS AD, Laboratório de Análises Clínicas, Clínica Renal, Banco de Sangue, Ambulatório de Especialidades; Tratamento Fora Domicílio.

E a atenção terciária (alta complexidade)são atendidos pelo Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana nas Especialidades de Oncologia, Cirurgia Cardiovascular, Neurologia e Neurocirurgia, estes atendimentos são referência para toda a região da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde.

No que tange a RAPS, o município conta com os seguintes pontos, CAPS II Asas da Liberdade, CAPS AD II, Ambulatório de Saúde Mental e leitos Psiquiátricos no

Hospital Geral Santa Casa de Caridade, UPA 24 horas, SAMU, além das UBS/ ESF e do Consultório na Rua. A média de atendimentos do ambulatório são 1130 paciente por mês, no CAPS II é de 1.628 e no CAPS AD é de 2.398 pacientes/ mês (PREFEITURA MUNICIPAL DE URUGUAIANA, 2017) .

Cabe ressaltar que o município não possui uma linha de cuidado em saúde mental estabelecida, bem como não possui protocolos que determinem o fluxo destes atendimentos, existindo somente acordos verbais e/ou registrados em ata para nortear a conduta dos profissionais. A porta de entrada dos usuários de saúde mental, na maioria das vezes, continua sendo os serviços especializados e não a APS (SINIAK, 2019).

5.2.3 A ESF 22- Local do Estudo

A escolha da unidade foi intencional e levou em consideração o aspecto de que esta é uma UNIDADE PILOTO do planifica SUS para o município de Uruguaiana e por estar iniciando um processo de ampliação de possibilidades de cuidado a usuários de substâncias através do Matriciamento. Esta unidade recebeu capacitação através de workshops ministrados pela equipe do Programa de apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) e do Hospital Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein em parceria com o Ministério da Saúde e está implantando uma nova metodologia de trabalho, com o objetivo de ampliar o cuidado na Atenção Primária à Saúde, desenvolvendo competências na equipe para planejamento e organização da atenção à saúde com foco às necessidades dos usuários sob sua responsabilidade.

Por se tratar de uma unidade piloto há uma preocupação por parte da gestão e dos profissionais em relação às ações desenvolvidas para a integralidade do cuidado aos usuários. Esta unidade é conhecida pelo acolhimento e resolutividade das demandas de saúde mental provenientes da população, escolas e associação de bairro na região, desenvolvendo ações conjuntas com UNIPAMPA, o que revela uma preocupação em qualificar as ações de saúde mental e também em fortalecer as ações psicossociais, tendo em vista que essas ações servirão de modelo para as outras ESF´s do município.

A ESF 22 possui uma população adscrita de aproximadamente nove mil usuários, divididos em 10 microáreas, e possui uma cobertura de 70% da população.

É composta por duas equipes com os seguintes profissionais, um professor de educação física, dois médicos, duas enfermeiras, cinco técnicos em enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, uma psicóloga, uma nutricionista, uma dentista e uma

auxiliar de saúde bucal, o atendimento ocorre em três turnos, iniciando as 7:30h e finalizando à 19:30h sem fechar ao meio-dia, estruturando-se de forma híbrida, a partir do acolhimento de demanda espontânea e agendamento de consultas.

A unidade recebe discentes da UNIPAMPA, sendo eles acadêmicos de enfermagem e acadêmicos de medicina, além de ser campo prático para a residência multiprofissional em Saúde Mental Coletiva (dois educadores físicos, um psicólogo, um nutricionista, um fisioterapeuta, um farmacêutico).

Segundo dados do relatório de cadastramento da ESF 22 (2022), de 4.053 usuários que estão com os cadastros completos, onde constam diversas especificidades de saúde da população assistida, Figuras 4 e 5, sendo que, 77 pessoas declararam fazer uso de álcool e 14 uso de outras substâncias psicoativas.

Figura 4: Território da ESF 22

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Uruguaiana, 2023

Figura 5: Microáreas da ESF 22

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Uruguaiana, 2023

5.3 Aspectos operacionais do processo avaliativo

5.3.1 O contato com o campo

Nesta etapa foram realizados os primeiros contatos com os grupos de interesse. Guba e Lincoln (2011) ressaltam que, como o foco da avaliação são as questões dos diferentes grupos de interesse, nessa fase todos devem ter acesso a proposta, permitindo que possam decidir, de forma mais informada possível, sobre a sua participação na mesma.

Realizou-se uma reunião, no dia 23/06/2022, com o coordenador da Atenção Primária. O projeto de pesquisa foi apresentado para o gestor, destacando-se os objetivos e possíveis benefícios para melhoria das ações em saúde mental voltadas para os usuários de substâncias psicoativas na Atenção Primária. O projeto teve aceite verbal, e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS o aceite foi formalizado através de um documento (APÊNDICE F).

A fim de aproximar a pesquisadora do campo em que o estudo seria realizado, o coordenador da atenção primária convidou a mesma para participar da reunião de equipe

que ocorreu no dia 01/07/2022, neste momento foi apresentado o projeto. Na reunião estavam presentes quinze profissionais, a equipe foi acolhedora e manifestou verbalmente o interesse em participar da pesquisa.

O encontro com os demais grupos de interesse ocorreu após a aprovação pelo comitê de ética em pesquisa.

5.3.2 Organização do processo avaliativo

Esta fase envolveu a construção de vínculo e de confiança entre o avaliador e os stakeholders, desta foram a principal tarefa é "ganhar o direito de entrada". Pretendeu-se que o avaliador fosse conhecido pelos interessados, interagisse com eles, os conhecesse e permitiu que o conhecessem (PINHO, 2014).

Neste momento também foi ser realizada a chamada etnografia prévia, que consiste numa etapa circunstancial que precede a aplicação do círculo hermenêutico-dialético, permitiu que o avaliador vivenciasse a experiência do contexto do serviço (conheça o serviço, transite na rede, identifique lideranças informais) (GUBA; LINCOLN, 2011).

Com o intuito de iniciar a etapa do processo avaliativo foi realizado um treinamento para a avaliadora com o orientador da pesquisa e utilizou-se a técnica de observação participante para coleta de dados.

Na técnica de observação participante o principal instrumento utilizado foi o diário de campo, um caderno ou arquivo eletrônico, no qual foram descritas todas as informações importantes dentro do tema do estudo e que não fizeram parte do material formal de coleta como a entrevista (MINAYO, 2007).

Neste período foram observadas as seguintes atividades: atendimento na recepção, acolhimento em saúde mental realizado pela equipe, visitas domiciliares para usuários de substâncias psicoativas, reuniões de equipe da ESF, reuniões com os serviços de saúde mental do município, relações e interações entre os usuários, usuários e trabalhadores e entre a equipe (APÊNDICE A).

Conseguir o direito de entrada foi a tarefa principal, respeitando as bases do processo de avaliação. A etapa da etnografia prévia ocorreu no período de 31/01/23 à 28/02/23, foi realizada no horário das 08 às 12h e das 14:00 às 18:00h, de segunda à sexta-feira e registrada em diário de campo pela pesquisadora. Essa etapa totalizou 120 horas.

5.3.3 Identificação dos grupos de interesse

É improvável que todos os grupos de interesse sejam privilegiados em uma avaliação, pois existem fatores limitantes, tais como o tempo e os recursos para execução da pesquisa. Guba e Lincoln (1989) dizem que a meta da Avaliação de Quarta Geração é ser formativa, gerando possibilidade de reconstrução e desenvolvimento. Desta forma devemos utilizar o interesse relativo *(relative satake)*, pois é razoável e ético, desta forma a inclusão e exclusão não são impostas nem pelo avaliador nem pelo cliente, mas sim pela negociação.

Considerou-se fundamental que houvesse um conjunto diversificado de informantes a fim de possibilitar a apreensão das semelhanças e diferenças, sendo assim o critério de inclusão dos sujeitos não foi numérico, considerou-se aqueles que podem oferecer maior amplitude e variações do fenômeno do estudo (MINAYO, 2014; PINHO, 2014).

Apesar de não haver um dado numérico que represente a quantidade de pessoas em pesquisas qualitativas, em outras experiências utilizando a mesma metodologia (CAPSUL, REDESUL, MENTAL-ESF), acrescentou-se em torno de 10 (dez) participantes por grupo de interesse (VIA REDE, 2014).

A equipe da ESF ajudou na identificação dos participantes dos grupos de interesse de usuários e familiares, após foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão dos mesmos.

Ao todo contou-se com a participação do seguinte quantitativo de entrevistados:

a) Usuários: foram incluídos 11 (onze) usuários de substâncias psicoativas que utilizavam a ESF há pelo menos 06 meses.
b) Familiares: foram incluídos 11 (onze) familiares de usuários de substâncias psicoativas que utilizavam a ESF há pelo menos 06 meses.
c) Trabalhadores: foram incluídos 19 (dezenove) trabalhadores da ESF 22, sendo: um psicólogo, um médico clínico geral, sete agentes comunitários de saúde, três enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, , quatro profissionais (nutricionista, psicóloga, educadora física, fisioterapeuta) da residência multiprofissional em saúde mental coletiva da UNIPAMPA e um auxiliar administrativo. Os demais profissionais que não participaram estavam de férias no período da coleta de dados.

5.3.4 Desenvolvimento de construções conjuntas

Nesta etapa foi realizada a aplicação do círculo hermenêutico- dialético aos grupos de interesse, já descritos anteriormente.

Os dados foram coletados num período de dois meses, após aprovação do comitê de ética, o conteúdo foi audiogravado e após, transcrito na íntegra. As entrevistas tiveram duração média de 1/2 hora por participante. Havia um roteiro semi- estruturado para cada grupo de interesse (APÊNDICE B, APÊNDICE C, APÊNDICE D).

No primeiro momento foi solicitado a cada entrevistado do grupo de interesse que se manifestasse acerca de uma questão aberta, relacionada ao cuidado que o usuário de substâncias psicoativas recebe na ESF. Em um segundo momento, as questões foram ampliadas em busca de informações mais detalhadas e específicas. Após, foi solicitado que apontasse os pontos adequados e o que pode ser melhorado no cuidado aos usuários de SPA na ESF.

Cada entrevista seguiu o processo de sistematização previsto pelo Método Comparativo Constante. Nesse método, cada resposta é imediatamente trabalhada tornando o material das entrevistas prévias disponível para as seguintes, nas quais o entrevistado fala sobre suas próprias construções e é convidado a posicionar-se sobre as construções de entrevistas anteriores.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão/exclusão para inserção dos sujeitos na pesquisa:

Critérios de inclusão para os usuários: ser usuário da ESF há pelo menos 6 meses exceto em casos de internação; ter idade superior a 18 anos, ou ter sido emancipado legalmente.

Critérios de exclusão para os usuários: apresentar inviabilidades de entendimento e comunicação para responder aos questionamentos do estudo.

Critérios de inclusão para familiares: ser familiar de usuário que frequente o ESF há pelo menos 6 meses (não necessariamente de usuários que tenham participado do estudo), ter idade superior a 18 anos, ou ter sido emancipado legalmente.

Critérios de exclusão para familiares: apresentar inviabilidades de entendimento e comunicação para responder aos questionamentos do estudo; apresentar impossibilidades de estar presente durante o encontro de coleta de dados do estudo.

Critérios de inclusão para os trabalhadores: atuar na condição de trabalhador da ESF há pelo menos 6 meses, não havendo interrompido o exercício funcional durante a coleta de dados da pesquisa.

Critérios de exclusão para os trabalhadores: Estar afastado do exercício laboral por licença médica, férias, ou qualquer outro motivo que impeça o exercício laboral no período da coleta de dados.

Foram entrevistados um total de 42 pessoas, sendo: 19 trabalhadores, 11 usuários e 11 familiares, e as informações estão apresentadas no Quadro 1, compreendendo: primeira coluna- grupo de interesse avaliado; segunda coluna- questões norteadoras de cada grupo de interesse; terceira coluna- as construções desdobradas, resultado das entrevistas utilizando o círculo hermenêutico- dialético em cada grupo de interesse.

A prática ética requer que as entrevistas sejam informadas e neste estudo foram tomados todos os cuidados éticos, pois a própria metodologia exige que o grupo participe de todo o processo de forma informada e voluntária. Foi adotado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde estão dispostas as exigências éticas (riscos, benefícios, possíveis contribuições da pesquisa, entre outros) para esclarecimento dos investigados.

Quadro 1- apresentação das questões desdobradas de cada grupo de interesse

Grupo de interesse avaliado	Questões norteadoras	Construções desdobradas
Grupo de interesse: “ Usuários”	Fale sobre o atendimento recebido na ESF em relação ao uso de álcool e/ou outras drogas. O que você considera adequado no cuidado recebido na ESF em relação ao uso de álcool e outras drogas? O que você pensa que poderia melhorar no atendimento recebido pela equipe da ESF?	- é importante relatar um pouco sobre as histórias de vida com as drogas - O julgamento já faz parte da cabeça do próprio usuário - a ESF realiza os cuidados clínicos e encaminha as situações das drogas para o CAPSad - a acolhida na ESF é boa, a forma como eles abordam a gente, dão conselhos, conversam, são atenciosos - A acessibilidade na ESF é adequada, sempre que preciso eles agendam uma consulta - tem umas pessoas muito boas, que sempre me trataram bem - Eu não tenho o que me queixar aqui do posto - fui ali quando descobri minha tuberculose, eles não sabiam das drogas, mas quando a gente é recriminado em um lugar aonde tu chega tu te sente mal - Procurei o posto porque precisava fazer tratamento para Sífilis, fui bem tratado - Quando fui lá, me indicaram para ir no CAPS AD - eu queria que tivesse uma reunião entre nós, porque a gente se entende - queria um espaço pra gente contar nossas histórias

		- Acho que o posto precisa divulgar mais o que faz, tem pessoas que moram aqui e não sabem que podem procurar o posto - o que a gente quer é respeito, somos iguais a todo mundo - poderiam fazer palestras - poderia ter umas consultas ali no posto pra gente não precisar ir até o CAPS - é bom ter pessoas pra conversar, sem julgar e que não abandonem os usuários, porque as vezes vem aqui e depois esquecem da gente. - estar incluindo a gente numa pesquisa é um baita serviço, ver essa parte da sociedade que ninguém quer ver é realmente muito importante. - A força de vontade da pessoa é o que comanda
Grupo de interesse: " Familiares"	Fale sobre o cuidado recebido na ESF ao seu familiar relacionado ao uso de álcool e/ou drogas. O que você considera adequado no cuidado recebido pelo seu familiar na ESF em relação ao uso de álcool e/ ou drogas? O que você pensa que poderia melhorar no	- lá no posto ele foi bem tratado,- foi bem acolhido - a enfermeira aconselhava bastante ele, conversavam, insistiram, a parte do posto eles fizeram,-foram simpáticos - no posto eles tratam a gente mal, com discriminação, por isso uso mais o CAPS ad - alguns profissionais ignoravam, como se a pessoa tivesse lepra, pronta pra morrer, se encostar ia pegar também - Não sabia que tinha essas coisas ali no posto - Não aceitam quem surta aqui - o meu familiar recebeu cuidados clínicos ali, em relação a doença naquele momento

	atendimento recebido pela equipe da ESF?	- Os ACS são bem compreensivos, mas lá no posto, as vezes atendem, as vezes não, eu não entendo eles. - eles não atendem aqui, mandam lá pro CAPS AD - o tratamento pro álcool ele faz lá no CAPS ad, aqui só vai pra quando tem outra coisa - só cuidavam aqui da Sífilis, depois ele foi pro CAPSad e depois pro GTAE - Aqui tinha que ter uma assistência como no CAPS, palestras, reuniões, testemunhos deles - tinha que ter um lugar pra gente falar, conversar sobre o que passamos casa - melhorar o acolhimento e a forma de marcar consultas - fazer um grupo de familiares, pra gente saber como cuidar deles - tem gente que precisa ser mais humano, a família fica descompensada - Tinha que ter uma psicóloga que atendesse aqui também as pessoas que usam drogas - A gente não tem com quem se abrir, com quem falar esass coisas, se sente muito sozinha.
		CONCEITO DE CUIDADO: - disponibilizar toda assistência para o indivíduo, é cuidar não só na emergência, mas de forma prolongada - é aliviar o sofrimento, ajudar - é escutar, informar, olhar pra família - não julgar, proteger - cuidar não é só fazer a escuta, a parte clínica, é ouvir - CUIDADO AOS USUÁRIOS NA ESF

Grupo de interesse: “ Trabalhadores”	Fale sobre o cuidado realizado aos usuários de SPA no cotidiano do serviço. Quais são as potencialidades e desafios que você encontra no cuidado aos usuários de SPA no serviço que você trabalha?	- São usuários difíceis de lidar - Cuidar de usuários de drogas é desafiador, porque não se enxerga os sintomas - O usuário de drogas adquire uma dissimulação - Os usuários tem toda assistência como qualquer outra pessoa - o cuidado é feito através do matriciamento - tenta construir vínculo primeiro pra depois trazer na unidade - são usuários de drogas, mas tem sífilis, HIV, tuberculose, então tem que fazer um “geralzão” - a gente faz testes rápidos, vacinas, aferimos pressão, glicose, hgt - Encaminhamos para o CAPSAD - a gente repara os danos que essas pessoas fizeram a si mesmas - a gente acolhe a pessoa, faz visitas domiciliares - o que a gente não resolve aqui, encaminha pra saúde mental (CAPS AD) - Encaminhamentos para psicólogas de outros setores - Em específico pro usuário? É encaminhamento pro CAPSAD - se a pessoa diz que não, não tenho muito o que fazer - são pessoas que tem que ta sempre em cima, senão não resolve, precisa de outros setores - não existe um protocolo no município - eu acredito que por mais que ele venha no posto ele tem que ser vinculado ao AD

		- alguns tem mais sensibilidade para perceber e receber essas pessoas - o paciente tem que ser referenciado, mas ele é nosso, é nossa responsabilidade, precisamos ter eles aqui - tem que se despir dos preconceitos - como em todo lugar aqui tem bastante falhas, poderíamos ser mais resolutivos - essa questão é um problema social, são pessoas vulneráveis, deve-se pensar num cuidado na perspectiva de redução de danos, porque abstinência não vai funcionar - na atenção básica é importante o cuidado clínico e integrar com o CAPSAd, o usuário de drogas precisa do olhar da especializada. - a gente não tem estrutura nem segurança, o local que atende essas pessoas precisa de proteção para a equipe para os usuários e uma figura de proteção que seria um segurança -já me deparei com situações desumanas e preconceituosas - as pessoas que usam drogas não são bem acolhidas aqui, sempre tem uma ameaça, que vão chamar conselho etc - as residentes que fazem um acolhimento mais específico - a gente faz o que a gente consegue, não o que gostaria - a gente já teve um caso de abstinência aqui dentro e foi bem difícil pra nós como equipe e pra pessoa. - MATRICIAMENTO

		- fazer uma interligação entre o CAPSad e a ESF para ver quais usuários estão em cada ponto -organização de como vai estudar cada caso - faz a gente trazer o usuário pra ESF - é uma intervenção nova que a ESF traz pra eles - amplia o cuidado - falta muito do outro serviço (CAPSAD) - existe uma tentativa de ser resolutivo - alguns profissionais fazem pela questão de cumprir as metas do município - o único jeito de saber quem são os usuários da área - matriciar é reduzir os danos, porque tu sabe que a pessoa não vai parar - elas vem (CAPS AD) fazem um monte de perguntas pra nós e deu, elas não trazem informações sobre eles - nem todo mundo participa do matriciamento - é um pontapé inicial - começou faz um ano, e o resultados?? (questionando que não tinha nada pra ver) - eu acredito que é pra ajudar a pessoa a sair dessa, do vício - não participo e nem sei quem são os pacientes que fazem acompanhamento - é uma troca de figurinhas -Era produtivo, mas com a saída dos residentes ficou muito difícil de manter - POTENCIALIDADES - os ACS

		- apesar da falta de conhecimento para manejo há disposição - os residentes de saúde mental - o matriciamento - alguns profissionais que trabalham aqui - proximidade com as pessoas do território - o acolhimento realizado na ESF - equipe multi - lugar que tem muitos usuários - ESF tem uma localização estratégica no bairro -DESAFIOS - os usuários não tem o costume de buscar o serviço - o cuidado é quebrado no meio do caminho - o cuidado depende muito do serviço, um segue uma linha outro segue outra, não há diálogo - descontinuidade do cuidado - falta de tempo para uma consulta, devido a demanda do território - desorganização - equipe não é capacitada para manejo com esses usuários - tentar trazer o usuário pra unidade - mudar o pensamento do profissional - as pessoas não falam abertamente sobre o uso - falta profissional especialista nessa área na ESF - não criticar ou julgar, tratar sem preconceito - falta de roteiro- protocolo - medo por parte dos profissionais - usuário ligado ao tráfico de drogas - falta estrutura

		- falta de apoio da gestão - falta troca sobre esses pacientes - trabalhar a humanização dos profissionais - falta de profissionais e a saída dos residentes da ESF PRECONCEITO/ ESTIGMA Eles não são fáceis de lidar É um usuário que quando em crise, desestabiliza todo mundo A gente poderia se negar a atender usuário que ofereça risco Rotulam as pessoas antes de saber das suas condições A gente observa...se ta travado, com olho vermelho, fala lenta, porque a droga trava - os profissionais julgam, não vamos tratar...ele não merece, porque chegou nesse limite? - pra mudar a vida deles, só se colocar em outro ambiente - não tem muito o que fazer por eles - está nessa vida porque quer - o usuário não é visto como saúde REDE Limitada Não funciona Não há comunicação Falta acesso às informações – o CAPSad não era informatizado O usuário anda de um lado pro outro e ninguém resolve - SAMU - ROMU - Hospital Geral

		Pronto Socorro CAPS AD - ambulatório de saúde mental UPA -CRAS - consultório na rua REDUÇÃO DE DANOS X ABSTINÊNCIA A equipe nunca conversou sobre isso Cada membro da equipe age da forma como acha melhor Não há uma metodologia de trabalho RESIDÊNCIA EM SAÚDE MENTAL COLETIVA - toda ESF deveria ter residentes - faz diferença na vida do usuário - acolhe de forma diferente - a equipe sobrecarrega os residentes, porque entende que só eles tem responsabilidades com a saúde mental - há uma confusão sobre o objetivo da residência - residência é vista como um apoio - fazem o primeiro acolhimento - Os profissionais ficaram 04 anos na ESF - foram realocados para outra ESF em março de 2023 - foram os responsáveis por a equipe ter outro olhar sobre saúde mental.

Fonte: elaborado pela autora, Uruguaiana, 2023.

5.3.5 Ampliação das construções conjuntas

Nesta etapa surgiram as construções conjuntas dos grupos de interesse as quais foram desenvolvidas a partir de construções originais dos participantes individuais do

círculo hermenêutico- dialético. Sabe-se que outras informações podem causar impacto sob estas construções, desta forma informações adicionais serão buscadas na literatura, pois o conhecimento já produzido propicia questões úteis a serem consideradas, que influenciarão nas construções existentes (PINHO,2011).

A fim de qualificar as informações obtidas nesses registros, também se obteve acesso a alguns documentos disponíveis na ESF, tais como as atas de reuniões de equipe e as atas de reuniões de matriciamento que aconteciam em conjunto com o CAPSad. Essas informações ajudaram a aprofundar o conhecimento da pesquisadora sobre o que é discutido na ESF sobre o cuidado aos usuários de substâncias psicoativas.

5.3.6 Preparação do material para a agenda de negociação

A partir da coleta dos dados provenientes da etnografia prévia e da aplicação do circulo hermenêutico- dialético, realizou-se a negociação, sendo esta a etapa mais importante do processo de avaliação, pois nela decide-se os significados de cada uma das construções (GUBA ; LINCOLN, 1989).

Após a finalização da etapa de coleta de dados foi apresentado o material empírico a cada grupo de interesse. Utilizou-se a técnica grupal para apresentação dos resultados finais da análise dos dados provisórios, e todos os entrevistados de um determinado grupo foram convidados.

A agenda de negociação foi composta pelas seguintes etapas:

a) Definição de cada núcleo temático: em cada grupo de interesse, houve a definição dos núcleos temáticos, sendo seguida de suficiente discussão, com exemplos, para torná-la o mais clara possível para todos os envolvidos na questão.

b) Organização do material para facilitar a visualização das informações: Para grupos de interesse dos usuários, familiares e trabalhadores, foi elaborado material na forma de um texto com cópia para cada participante do grupo, de modo que todos pudessem ter acesso a essas informações, também foi preparado um material para apresentação visual, com auxílio de um projetor multimídia.

c) Definição de data, horário e local: A partir das construções dos núcleos temáticos, foi agendado com cada grupo de interesse a aplicação da negociação. Salienta-se a dificuldade em planejar data e horário para os grupos de usuários e familiares, devido seus compromissos pessoais. Os contatos foram realizados por meio telefônico, pessoalmente durante visitas domiciliares e por intermédio da equipe, no dia combinado ainda houve a necessidade de realizar a busca de alguns participantes na sua residência.

5.3.7 Realização da negociação

Esta etapa foi parte importante da etapa formativa da avaliação, quando todos tiveram contato com todas as informações relevantes, facilitando a identificação dos consensos e dissensos do grupo (GUBA; LINCOLN, 1989).

Foi realizada a apresentação para o grupo de interesse após a organização das construções provenientes do círculo, para que os participantes pudessem ter acesso à totalidade das informações e tivessem a oportunidade refletir sobre as construções do grupo, construindo assim eixos avaliativos .

A negociação foi realizada mediante a utilização da técnica grupal, onde todos os entrevistados foram convidados e foi apresentado o resultado provisório da análise dos dados.

Esta etapa seguiu o rigor ético que proíbe a identificação dos sujeitos, pois não se trata de apresentações individuais de depoimentos, mas sim de construções coletivas do grupo como um todo (PINHO,2014).

Em relação à ação a ser desenvolvida a partir da avaliação, Guba e Lincoln (1989) apontam três possíveis caminhos, sendo provável que todos os três existirão em uma mesma avaliação:

Resolução total: quando as questões são totalmente resolvidas e a ação a ser tomada é evidente. Algumas não requerem ação, exceto a de continuar realizando-se determinada conduta. Outras requerem alguns refinamentos ou melhoramentos, e outras apontam para sua rejeição ou abandono: a estratégia não funciona e provavelmente não se deve usá-la novamente.

Resolução incompleta ou parcial: por uma série de razões, incluindo inabilidade para adquirir todas as informações desejáveis, algumas questões permanecerão não resolvidas. A ação é adiada, ficando na pendência de futuros estudos e considerações. Um mecanismo para esse estudo adicional deve ser proposto e implementado.

Não resolução: construções diferentes, provavelmente rivais, permanecerão e pouco pode ser feito além de continuar a trabalhar no problema (provavelmente mediante outras atividades de avaliação) e tentar uma acomodação para permitir a ação prática. É problemático quando uma acomodação prática não pode ser alcançada, porque a única alternativa em tal caso seria não realizar ação nenhuma, ou determinar a ação arbitrariamente.

A etapa de negociação ocorreu nos seguintes dias e horários:

Negociação com usuários - dia 30/05/23, às 14 horas, na sala de reuniões da ESF;

Negociação com familiares - dia 02/06/23 às 16 horas, na sala de reuniões da ESF;
Negociação com trabalhares- dia 16/05/23 às 14 horas, na sala de reuniões da ESF.

Os grupos de negociação ocorreram na sala de reuniões da ESF, agendada previamente com a coordenadora do serviço. Cada grupo foi coordenado pela pesquisadora, a qual foi responsável pelo processo de negociação. Antes de cada apresentação, foi solicitada autorização para fotografar e gravar o encontro.

O primeiro grupo de negociação foi o de trabalhadores. Por se tratar de um encontro agendado para o dia de reunião de equipe, no primeiro momento foram discutidas as pautas que exigem discussão semanal e no segundo momento das 15 às 17:30 horas foi realizada a etapa de negociação.

A negociação contou com a presença de 11 trabalhadores que participaram do processo avaliativo, representando 58 %, sendo que os 08 trabalhadores que não comparecerem estavam em férias ou não faziam mais parte da equipe. Houve consenso em todos os pontos apresentados e a solicitação de incluir a gestão municipal como responsável por ter um olhar mais atento à saúde mental dos usuários do território.

O segundo grupo de negociação foi com os usuários. Dos onze entrevistados, compareceram seis (54 % de participantes). Dos usuários ausentes, dois haviam ido embora do território, e outros três confirmaram presença, porém não compareceram. A negociação durou aproximadamente 1h e 30 min e houve consenso em todas as informações apresentadas.

O último grupo de negociação foi o de familiares. Esta negociação precisou ser remarcada em virtude das condições climáticas e no dia do encontro foi necessário refazer o contato com todos os familiares, desta forma alguns chegaram após o início da negociação. Foram entrevistados onze familiares e no dia e horário marcado seis compareceram (54% dos entrevistados). Dos familiares ausentes, todos haviam confirmado presença, porém não compareceram. A negociação teve duração de duas horas, houve consenso em todos os pontos apresentados.

5.3.8 Organização do relatório de resultados

Este relatório contempla a construção compartilhada e colaborativa e surge através do processo hermenêutico-dialético, contemplando os pontos de consenso e a análise mais refinada das categorias temáticas, cujo material foi levado anteriormente à negociação com os grupos de interesse.

O relatório procurou despertar tensionamentos não apenas no seu sentido factual, mas de forma a esclarecer o significado e interpretações de tais fatos. O relatório não pode ser apenas sobre o foco da avaliação, mas deve permitir que os leitores vejam os sentidos que os atores darão a ele (PINHO,2014).

Guba e Lincoln (1989) sugerem que a melhor forma apresentar os resultados é via relatório de estudo de caso (case study report), onde os leitores podem apreciar a construção conjunta que emergiu do processo de avaliação, mas não são obrigados a concordar com ela.

5.3.9 Análise dos dados

A análise de dados foi realizada por meio do Método Comparativo Constante, permitiu que a análise fosse realizada concomitantemente à coleta de dados, identificando assim as construções de cada respondente e apresentando o conteúdo das entrevistas precedentes nas entrevistas posteriores, a fim de realizar novas formulações acerca das questões apontadas nos depoimentos.

Este método foi originalmente elaborado por Glaser e Strauss para o desenvolvimento de teorias, sendo utilizado por Guba e Lincoln (1989), junto com o círculo hermenêutico- dialético, para o processamento de dados. Tal método fornece ferramentas para trabalhar com a subjetividade do pesquisador, através da interação dialética entre o pesquisador e o objeto de seu estudo (DUARTE, 2013). A seguir, apresentam-se os passos da proposta dos autores e os procedimentos metodológicos adotados nesta tese:

5.3.9.1 Identificação de unidades de informação

Nesta etapa foram identificadas as unidades de informação que serviram como base para a definição das categorias.

As unidades de informação são sentenças ou parágrafos obtidos no material empírico, registrados de modo compreensível a qualquer leitor que não somente o pesquisador (MIELKE e OLCHOWSKY, 2011). Segundo Guba e Lincoln (1989), alguns pesquisadores consideram essa tarefa fácil, mas, a princípio, a tarefa é um pouco mais complicada.

Em primeiro lugar, essa unidade deve ser heurística, isto é, deve apontar para algum entendimento ou ação necessários ao pesquisador. Segundo, deve ser a menor parte de informação sobre alguma coisa que se mantém por si mesma, isto é, deve ser passível

de interpretação sem o acréscimo de outra informação, a não ser uma compreensão do contexto no qual a pesquisa está sendo realizada. Tal unidade pode ser uma simples sentença ou pode ser bem mais do que um parágrafo (VIA REDE, 2014).

As unidades foram encontradas no material coletado, através da leitura horizontal das entrevistas e observações. Após localizar uma unidade, teve-se o cuidado de registrar a informação de forma compreensível, tornando-a mais clara. Foi realizada a codificação mediante a fonte e o tipo de respondente, acompanhada do trecho da entrevista que a originou.

5.3.9.2 Identificação das categorias temáticas

A categorização tem o objetivo de unificar, em categorias provisórias, todas as unidades de informação relacionadas ao mesmo conteúdo, buscando a consistência interna das categorias para, posteriormente, a partir da negociação, construir as categorias definitivas, chamadas de categorias analíticas (QUADRO 2).

Quadro 2- Unidades de informação da entrevista 01
(grupo de interesse- " familiares")

Entrevista 1 Familiar "x"	
Fragmentos do discurso	Unidades de Informação
ai ele veio pra cá (posto), pra fazer as injeções que ele tinha que fazer, que era sobre o problema aquele (sifílis) que ele teve, as injeção,eu dei a maior força, porque antes do tratamento ele não pegou isso, mas foi….eles tentaram, foram buscar ele tudo… mas não conseguiam levar porque nunca achavam ele em casa, e é…tudo chaveado, eles não conseguiam achar ele, e se tava, se escondia dentro de casa.	A ESF realizou diversas buscas ao usuário para que o mesmo realizasse tratamento para Sífilis.
Mas pelo posto ele foi bem tratado, pelo posto 22 , foi bem tratado pelo CAPS, foi bem tratado nas consulta tudo, porque lá no CAPS realmente teve uma consulta, agora mesmo quero ver se encaminham ele pra psicóloga aqui, porque ele precisa de uma psicóloga né…ai ele tem que ir lá no CAPS, tendo a psicóloga aqui né? bem pertinho, eu acho que eu não tenho queixa nenhuma.	O usuário é bem tratado tanto na ESF quanto no CAPS AD, quando há necessidade de consulta com a psicóloga é encaminhado para a especialidade, mesmo tendo uma psicóloga na ESF.
.foi bem acolhido!!! do momento eu não lembro, porque a primeira vez que ele venho, ele venho sozinho,	O usuário é bem acolhido na ESF, os profissionais realizam visitas domiciliares para fazer busca do usuário e oferecem acolhimento, o que pode auxiliar na

mas…foi bem acolhido né? porque eles tavam indo lá buscar ele, os do posto saiam do posto e iam lá na casa dele buscar ele, aquilo ali já deu uma segurança que alguém se importava com ele, geralmente os funcionários do posto de saúde não vão sair, se deslocar até um lugar, a gente que vai no posto não é o posto que anda atrás dele né… então eu acho que a, na primeira vez sobre esse assunto eu acho que ele foi bem acolhido sim né? na primeira vez eu não fui, mas eu fui nas outras vezes, que era a Jô a enfermeira que aconselhava bastante ele, que ele tinha que fazer o tratamento por causa dos filhos.. então…conversavam ali com ele, cada vez que ele chegava ali ela conversava, dava conselho,conselho tem né…foi isso que ajudou ele mais a tomar a decisão né, pessoas que se importavam com ele, a parte do posto 22 eles fizeram né? que era difícil, claro que tem os que vem nas casas né…mas de insistir, eles insistiram bastante né…hoje ele ta bem né graças a DEUS.	motivação e na tomada de decisão do usuário em busca de "ajuda".
Simmm, todos os atendimentos do posto eles foram bem acolhidos.	O usuário e sua esposa sempre foram bem acolhidos em todos os atendimentos da ESF.

Fonte: elaborado pela autora (Uruguaiana, 2023).

Após ter todas as unidades de informação, foi realizada a aproximação entre todas as unidades de informação de todos os grupos de interesse, com o objetivo de tornar possível a análise a partir do ponto de vista de todos os grupos de interesse, a seguir exemplificando no quadro 3:

Quadro 3- Unidades de Informação agrupadas, com discurso

-O usuário procura a ESF quando está no limite e por causas secundárias, não pelo uso de substâncias psicoativas (U1, U2,U6,U7,U8,F1,F8)	[…]Por causa da bebida alcoólica eu me queimei e elas (a ESF) cuidaram do meu braço queimado de óleo[…] (U1). […]Eles não sabiam da minha situação, eu tive ali para tratar a tuberculose, fazer soro...ai que souberam que eu usava drogas[…] (U 2). […]Só fui para fazer o cartão SUS e uns testes rápidos, porque em outros sentidos não procurei, só passava pela frente do posto[…] (U 6)

	[…]Os guris dali (do posto) me conhecem bem...fiz umas caminhadas e tinha pegado sífilis, daí fui ali e me tratei[…] (U 7) […]Uso a ESF só para fazer curativos[…] (U 8) […]Ai ele veio pra cá (ESF) pra fazer as injeções que ele tinha que fazer, sobre aquele problema...sífilis[…] (F 1) […]De álcool? Não, eles sabem que ele bebe porque procurou (a ESF) desde aquele problema com a sonda[…] (F 8).

Fonte: elaborado pela autora (Uruguaiana, 2023).

Assim foi possível encontrar as categorias temáticas e os temas que representassem o objeto de avaliação como um todo.

5.4 Considerações Éticas

Este projeto respeitou os aspectos éticos e legais pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Para isso, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e as finalidades do estudo, e sua autorização para a participação na pesquisa foi obtida por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelos participantes, afirmando a participação voluntária na pesquisa e garantindo anonimato e as devidas restrições para divulgação das informações coletadas (APÊNDICE E). O documento foi apresentado em duas vias originais e de igual teor sendo que uma das vias ficou com a participante e outra com o pesquisador. Neste termo foram apresentados objetivos, metodologia, benefícios e riscos previstos, assim como a forma de encaminhamento deles no caso de sua ocorrência. Foram orientados sobre a liberdade de desistência da participação no estudo a qualquer momento sem prejuízos ao participante.

O projeto foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ- ENF), posteriormente, à plataforma Brasil, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, obtendo parecer favorável à sua execução (Parecer nº 5.788.530/ 2022).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão estão organizados em formato de artigos científicos conforme resolução 01/2018 do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRGS que regulamenta as orientações para fins de publicação e redação de Teses de Doutorado e Dissertações de Mestrado. O Quadro 4 a seguir apresenta os três artigos científicos de acordo com os objetivos propostos neste estudo.

Quadro 4 - Artigos científicos elaborados de acordo com os objetivos do estudo

Artigo	Título	Objetivo	Método	Periódico a ser submetido/ publicado	Qualis
1	Percepção de usuários de substâncias psicoativas e familiares sobre o cuidado na Atenção Básica	Avaliar o cuidado realizado a usuários de substâncias psicoativas em uma Estratégia de Saúde da Família através da percepção de usuários e familiares	Artigo Original	REUFSM	B1
2	Avaliação qualitativa das ações de cuidado à pessoas usuárias de substâncias psicoativas em uma Estratégia de Saúde da Família	Avaliar as ações de cuidado a pessoas usuárias de substâncias psicoativas em uma Estratégia de Saúde da Família através da percepção dos profissionais	Artigo Original	Revista Texto e Contexto	A3
3	Potencialidades e desafios encontrados pela	Avaliar as potencialidades e desafios existentes no cuidado a usuários de	Artigo Original	Cogitare	B1

	equipe de uma ESF para cuidar de usuários de drogas.	substâncias psicoativas em uma estratégia de saúde da família através da percepção dos profissionais.			

Fonte: elaborado pela autora, Uruguaiana, 2023).

7. REFLEXÕES FINAIS:

O caminho percorrido por esta tese apresentou inúmeros desafios, aprendizados, construções, reflexões e um envolvimento com a ESF 22. Desta forma destaco algumas considerações, que revelam o desenvolvimento do processo, questionamentos e ideias para novas avaliações.

A definição do objeto da pesquisa- o cuidado ao usuário de SPA na ESF- exigiu uma aproximação com diversos conceitos e práticas que envolvem a pesquisa avaliativa. Avaliar este cuidado trouxe como desafio inserir os diferentes trabalhadores da ESF, pessoas que identificaram as potencialidades e desafios relacionados ao cuidado, além da inclusão dos usuários e familiares, atores que recebem o cuidado de forma direta ou indireta.

Do ponto de vista metodológico, a avaliação de quarta geração apresentava o desafio de tornar o processo avaliativo interativo entre o avaliador e os grupos de interesse, criando assim um espaço de participação e construção. Dessa forma, objetivando promover um encontro entre a pesquisa e o local de cuidado, a fim de gerar reflexões sobre o processo de trabalho e possibilidades de melhoria e qualificação nas práticas assistenciais aos usuários de SPA, construiu-se a presente pesquisa.

Vivenciar a experiência do serviço foi fundamental para a condução de uma proposta participativa, favoreceu a compreensão da pesquisadora sobre os processos vividos na ESF , sendo possível acolher as suas necessidades e estabelecer relações com os grupos de interesse, garantindo assim espaço para dialogar sobre a avaliação e a confiança dos grupos envolvidos. Assim a pesquisa foi ocupando um espaço importante no território.

A partir da compreensão da avaliação participativa, esta tese provocou movimentos na equipe, todos se organizaram para me receber e iam me inserindo dentro das suas atividades. Essa relação construída permitiu a abertura para sustentar momentos de trocas, aprendizado e experiência. Vivenciar o território foi fundamental para conhecer a realidade dos sujeitos participantes desta pesquisa. Estar com os usuários e com os familiares, vivenciar suas memórias, histórias permitiu momentos de diálogos, aprendizados e avaliação de possibilidades para cuidar dos usuários de SPA no território, além de criação de vínculo deles com a equipe.

Ao realizar a etnografia prévia foi possível participar das reuniões de equipe da ESF, ter acesso a documentos e atas de reuniões de matriciamento, realizar visitas

domiciliares, busca-ativa solicitada pelo CAPS ad, ainda foi possível observar as relações e interações entre os usuários- trabalhadores, usuários- familiares. Percebeu-se que o cuidado à usuários de SPA no território ainda é fragmentado e a rede está fragilizada, pela alta rotatividade dos profissionais e pela baixa taxa de cobertura e mapeamento das necessidades dos usuários do território.

Neste contexto, a pesquisa avaliativa colocou em análise os processos e práticas de cuidado na ESF, aproximando os profissionais em torno dessas reflexões. Assim os objetivos desta tese foram alcançados, pois foi possível avaliar o cuidado realizado à usuários de substâncias psicoativas, construir grupos de interesse estratégicos para desenvolver o processo formativo e avaliativo e analisar as potencialidades e desafios encontrados no cuidado ao usuário de SPA em uma ESF.

No processo em busca de respostas acerca das ações de cuidado a usuários de SPA realizadas na Estratégia de Saúde da Família" desencadeadas por esta Tese emergiram, contextos e percepções diversas que desnudaram desafios e potencialidades de um cuidado territorial ainda tímido.

Ao dialogar com os grupos de interesse estratégicos (usuários, familiares e trabalhadores) possibilitou-se identificar aspectos cruciais do cuidado aos usuários de SPA na atenção primária. A partir do discurso dessas pessoas verificou-se um distanciamento entre a estratégia de saúde da família (ESF) e os usuários de drogas. A equipe evidencia a dificuldade de acessar os usuários, adentrar em seu território e acolher suas demandas. Os usuários e familiares por outro lado manifestam que apesar de sentirem-se bem atendidos e acolhido na APS, não é esse lugar que reconhecem como seu. Isso, evidencia que o cuidado prestado a essas pessoas parece estar centrado no serviço especializado, por preferência e/ou por conveniência.

Ainda, a ESF tem uma população adscrita de nove mil usuários, divididos em 10 microáreas, porém somente 70% da população tem cobertura, sustentando, a atenção aos usuários de drogas, na maioria das vezes através da demanda espontânea, demonstrando uma fragilização do processo de territorialização da APS, limitando assim as práticas em saúde ao acolhimento de demanda espontânea e as ações programáticas do Ministério da Saúde. Também, verificou-se que o encaminhamento assumiu no discurso da equipe um status de "bem-cuidar", ao passo que se torna uma oferta possível a uma demanda específica, que parece estar aquém do que a equipe reconhece como factível no território. Isso, revela a urgência de promoção de espaços de educação permanente no que tange a saúde mental e ao uso de drogas na população, tendo em vista a presença maciça no

discurso dos grupos de interesse de ações pontuais capturadas pelos fluxos burocráticos da rede.

Corroborando, ambos os grupos de interesse relataram que a APS não é reconhecida como local de cuidado no que diz respeito às demandas de saúde das pessoas que usam de drogas. A ações de prevenção, promoção e reabilitação não foram se quer nomeadas pelos participantes do estudo, e o cuidado longitudinal e integral muitas vezes é apenas uma sugestão.

Apesar da ESF, em alguns momentos, mostrar-se como referência para realização de alguns procedimentos clínicos específicos, o mesmo não ocorre com relação ao uso de drogas. Percebe-se que, na presença de demandas de saúde evidentemente relacionadas ao uso de drogas esse processo de encaminhamento do cuidado ao serviço de referência torna-se ainda mais fluido. Pois, tão logo esse tema infiltra-se nos espaços de diálogo durante os atendimentos profissionais, já tratam de ser direcionado a escuta especializada, reduzindo a resolutividade da APS e fragilizando o processo de Reforma Psiquiátrica, ao passo que reforça o modelo biomédico, fragmentado e estigmatizante.

Essas fragilidades podem estar atravessadas por concepções prévias, tais como: cabe a ESF desenvolver cuidados relacionadas no que tange a problemas orgânicos, fragmentando o cuidado; e o cuidado em saúde mental e uso de drogas é de base moral, reforçando a lógica asilar manicomial.

Nesse sentido, a tese foi confirmada, cuidar dos usuários de SPA no território é fundamental para reorganizar a Rede de Atenção Psicossocial e superar o paradigma psiquiátrico, estigmatizante e fragmentado.

Dessa forma a presente pesquisa cumpriu com sua proposta, pois possibilitou a apropriação dos envolvidos sobre a pesquisa avaliativa-participativa, provocou movimentos de reflexão sobre o cuidado, compreensão sobre as potencialidades e desafios enfrentados no trabalho e sugestões de atividades para a prática dos participantes.

É necessário ponderar que o município necessita de um olhar atento para a implementação de novas estratégias de reorganização do cuidado a usuários de SPA no contexto da Atenção Primária à Saúde. É essencial pensar em protocolos de atendimento, qualificação das equipes, matriciamento como ferramenta não só de discussão de casos, mas como educação permanente, atividades que promovam saúde mental nas ESF e principalmente acolhimento das demandas dos usuários, com avaliação prévia de necessidade de encaminhamento para os serviços especializados, articulação e diálogo com a rede de saúde mental.

O cuidado integral deve ser realizado por serviços engajados em um único objetivo, o de cuidar com qualidade das pessoas que usam substâncias psicoativas e que depositam nos profissionais e nos serviços a resolutividade das suas demandas.

Reconhecendo os limites da pesquisa científica, devido a tempo e recursos, sugere-se que sejam realizadas novas pesquisas em serviços de base territorial que considerem a inclusão dos usuários e familiares, pois ainda existem poucos achados que representem essa perspectiva.

REFERÊNCIAS:

ALVES, V.S. Modelos de Atenção à Saúde de usuários de Álcool e outras dro ε discursos políticos, saberes e práticas. Caderno de Saúde Pública, v. 25, n. 11, p. 2309-19, 2009.

ASSIS, J.T.; BARREIROS, G.B.; CONCEIÇÃO, M.I.G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. São Paulo. P. 584-596, dez. 2013.

AMARANTE, P. O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

AMARANTE, P. Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

AMARANTE, P. (org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. 3.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.85-95.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. 30 anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B.; FONTE E. (orgs). Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: analise da experiência da Reforma.

ARAUJO, M.R.; MOREIRA, F.G. História das drogas. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Orgs.). Panorama atual de drogas e dependência. São Paulo: Atheneu, 2006.

BARD ND, Antunes B, Roos CM, Olschowsky A, Pinho LB. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2680 [Access 03/08/2021] DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0852.2680.

BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família. Avaliação da implementação em dez centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2002

_____. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2011.

_____. Crack, é possível vencer. Brasília, DF, 2012.

_____.Portaria no 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 1997; 18 dez

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF, 2005.

_____. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. 7ª ed. Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. 140 p. (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento). Brasília, DF, 2014

_____. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2011.

_____. Saúde Mental em Dados 12. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2015

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais

psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília, DF, 2002.

_____.Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de saúde mental. Coordenação de gestão da atenção básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília (DF): MS; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [Internet] [acesso 2021 junho 09]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.htm.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2 de 21 de dezembro de 2017.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Acesso em 09/06/21 .https://www.gov.br/mj/pt-br/acesso-a-informacao/agenda-de-autoridades/senad. 2020

BELLO,L.A. Desafios da transferência da evidência científica para o desenho e implementação de políticas sore o uso de substâncias psicoativas. In:Redes de usuários de drogas: Politicas e práticas/ Telmo Mota Ronzani et.al (org.)- São Paulo: Cortez, 2015.

CONILL,E.M. ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. IN: PAULON, S.; NEVES,R. (orgs) Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto alegre: sulina, 2013.

DELGADO, S.C. Os impasses e desafios da clínica em um CAPS AD. In: Entre pedras e fissuras. SOUZA et.al. 1 edição- São Paulo: Hucitec, 2016.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage,
2005.

ESCOHOTADO, A. Historia Elementar das Drogas. Barcelona: Editorial Anagrama, 2004.

ESLABÃO, A.D. et al. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. Rev Gaúcha Enferm. V.38. Nº1. e.60973. Mar. 2017.

CAMATTA, MW. Ações voltadas para saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares. Tese de doutorado. 2010. 207 f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

CARVALHO, J.D., LINS, C. B. A. Um Hospital Geral e suas concepções da loucura. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v.18, n.2, p.383-393, 2015. https://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n2p383.14.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000, p.77-163.

COSTA PHA, MOTA DCB, Cruvinel E, PAIVA FS, RONZANI TM. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(5):325–31.

Cohn A. Reforma Sanitária Brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. Cad Saude Publica. 2009; 25(7):1614-9.

DESVIAT, M. A reformapsiquiátrica.2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DIMENSTEIN,M.; LIMA,A.I.; MACEDO,J.P. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. In: PAULON, S.;

NEVES,R. (orgs) Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto alegre: sulina, 2013.p 39-59.

FRANCO,T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. In: PAULON, S.; NEVES,R. (orgs) Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto alegre: sulina, 2013.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 8 [Acessado 9 Junho 2021] , e00029818. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>. Epub 20 Ago 2018. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818.

GOFFMAN, E. As características das instituições totais. In: GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974, p.13-108.

HORTON R. Launching a new movement for mental health. Lancet 2007; 370:806.

FOUCAULT, M. História da loucura na idade clássica. 5ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 19 ed. São Paulo: Graal, 2005, p.99-111.

FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

GIOVANELLA, L. (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorei, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. -R io de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. 5ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2011, v. 16, n. 7 [Acessado 18 Julho 2022] , pp. 3051-3060. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>. Epub 21 Jul 2011. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005.

KAKUMA R, M. H, VAN GINNEKEN N, DAL POZ MR, DESIRAJU K, MORRIS JE, et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. Lancet. 2011; 378(9803):1654-63.

LAPORT, T. J.; JUNQUEIRA, L.A.P. A Intersetorialidade nas Políticas Públicas sobre Drogas. In: RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A.; MOTA, D.C.B.; LAPORT, T. J. (Orgs.) Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas. São Paulo: Cortez, 2015. p. 67-84.

LINDNER, L; SIQUEIRA, D. Redução de Danos: Como foi? O que é possível? O que é preciso?. In: Entre pedras e fissuras. SOUZA et.al. 1 edição- São Paulo: Hucitec, 2016.

LÜCHMANN, Ligia Helena H. e RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva vol.12 n.2. Rio de Janeiro: Mar./Apr. 2007.

MELMAN, J. Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3ª ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MELLO,G.A.; FONTANELLA,B.J.B.;DEMARZO,M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças Conceituais. basic care and primary health care - origins and conceptual differences. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MEDINA, M.G.; FILHO, A.N.; FLACH, P.M. Política de Prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

MOTA, D.B.; RONZANI, T.M.; TÓFOLI, L. F.; RUSH, B.R. Construindo a continuidade do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: alguns conceitos e questões para o trabalho em rede no Brasil. São Paulo: Cortez, 2015.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos, 2001. In: Redes de usuários de drogas: Politicas e práticas/ Telmo Mota Ronzani et.al (org.)- São Paulo: Cortez, 2015.

MACHADO, A.R.; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da História da atenção a saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. História-Ciencias, saúde- Manguinhos, v.14, n.3, p.801-21, 2007.

MATUMOTO, S et al. Mapping pain in the clinical practice of nurses within primary health care. Texto e Contexto – Enfermagem, v.22, n.2, p.318-26, 2013.

MEDEIROS, F.A et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. Revista de Saúde Pública, v.12, n.3, p.402-13, 2010.

MERHY EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R,

MERHY, E.E. Engravidando palavras: o caso da integralidade. 2005.

PAULON, S.; NEVES,R. (orgs) Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto alegre: sulina, 2013.

MINAYO, M.C.S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M.C.S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p.61-77.

MIELKE, Fernanda Barreto e Olchowsky, AgnesSaúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2010, v. 63, n. 6 [Acessado 14 Julho 2022] , pp. 900-907. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600005>. Epub 28 Jan 2011. ISSN 1984-0446. https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600005

ONOCKO CAMPOS, R.; In: PAULON, S.; NEVES,R. (orgs) Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto alegre: sulina, 2013.

ORTEGA,F ; WENCESLAU, L.D. Dilemas e desafios para a implementação de políticas de saúde mental global no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(11):2255-2257, nov, 2015

PAULON, S; NEVES, R. Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PEREIRA RMP, Amorim FF, Gondim MFN. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. Interface (Botucatu). 2020;24(Supl. 1): e190664 https://doi.org/10.1590/Interface.190664

PESSOTTI, I. A loucura e as épocas. 2º ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

PESSOTTI, I. A Doutrina Demonista. In: PESSOTTI, I. A loucura e as épocas. São Paulo: 34, p.81-120, 2001

PINHO, L.B. "ViaREDE"- Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental de Viamão para atendimento a usuários de crack. Relatório de pesquisa. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

PORTELA, P.N. Conteúdo adaptado do documento público: "Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2022. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)"

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICACIO, F. (org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-100.

ROTOLI, A. et al. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. Escola Anna Nery [online]. 2019, v. 23, n. 2 [Acessado 9 Junho 2021] , e20180303. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>.

Epub 18 Mar 2019. ISSN 2177-9465. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303.

ROMANAÍ, O. Las drogas. Sueños y razones. Barcelona: Ariel, 1999.

SANTOS, M. Por uma Geografia Nova. São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978

SANTOS, EO. AVALIAÇÃO DE EMPODERAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS / Elitiele Ortiz dos Santos. – Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2019. 281 f.

SANTOS, C.E.; YASUI, S. Muito Além do CAPS AD: o cuidado no território da vida. In: Entre pedras e fissuras. SOUZA et.al. 1 edição- São Paulo: Hucitec, 2016.

SINIAK, D. S.. A organização da rede a partir de um centro de atenção psicossocial para o cuidado ao usuário de drogas / Débora Schlotefeldt Siniak. -- Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.. 157 f. 2018.

SILVA, Vanessa Alvez da. A organização da equipe matricial como ferramenta articuladora da rede para reabilitação psicossocial / Vanessa Alvez da Silva ; Valéria Cristina Christello Coimbra, orientadora ; Luciane Prado Kantorski, coorientadora. — Pelotas, 2013. Sil79 f. : il. SilDissertação (Mestrado em Enfermagem)—Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2013.

SILVA, M. N. R. M. O. et al. Desenvolvendo e articulando a rede intersetorial para cuidado integral de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 145-152, 2014.

SILVA, A.B. et al. O cuidado ao usuário de crack: estratégias e práticas de trabalho no território. Rev Gaúcha Enferm. V.37(esp):e68447. 2016.

SCHNEIDER, D.R. Implicações dos modelos de atenção à dependência de drogas na rede básica em saúde. Psico. V.42. Nº2. P.168-178. 2011.

SILVA, C. A. da; FIALHO, J.; SARAGOÇA, J. Análise de redes sociais e Sociologia da acção. Pressupostos teórico-metodológicos. Revista Angolana de Sociologia, Luanda, n. 11, p. 91-106, 2013.

SILVA, L.L. A questão das drogas nas relações internacionais. Uma perspectiva brasileira. Brasília: Funag, 2013.

SILVA FILHO, José Adelmo da; BEZERRA, Adriana de M. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. Id on Line Rev.Mult. Psic., 2018, vol.12, n.40, p.613-627. ISSN: 1981-1179.

SOUZA , AC ; RIVERA, FJU. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. Rev Tempus Actas Saúde Colet. 2010;4(1):105-14.

SOUZA,S.P.S. A inserção dos médicos no serviço público de saúde: Um olhar focalizado no Programa de Saúde da Família. 2001. PAULON, S.; NEVES,R. (orgs) Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto alegre: sulina, 2013.

STARFIELD B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília- UNESCO, Ministério da Saúde. 2002. 726p.

TESSER CD, Norman AH. Rethinking the access to healthcare in the Family Health Strategy. Saúde Soc 2014; 23:869-83.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. World drug report 2015. United Austria: United Nations Publication, 2015.

ZERBETTO SR, Acorinte AC, Alecrim TFA, Protti-Zanatta ST, Gonçalves MAS, Campos CJG. Discourse of psychoactive substance dependents on their discursively constructed image. Rev Bras Enferm. 2020;73(1):e20180196. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0196.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiatrica Brasileira. Tese de doutorado.Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2006.

WENCESLAU LD, ORTEGA F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1121-32.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

Roteiro de observação

1) Observação da dinâmica de cuidado no serviço

- Como é feito o acolhimento aos usuários? Quem faz o acolhimento?
- Atividades desenvolvidas (reuniões, atendimentos individuais, visitas domiciliares)
- Atores envolvidos no cuidado
- Planejamento e organização das ações de cuidado à usuários de SPA
- Formas de acesso (como chegou ao serviço/ qual foi a necessidade/ para onde foi encaminhado?).
- Características dos usuários atendidos (faixa etária, sexo, condição social e econômica, motivo do acompanhamento, serviços que já foi acolhido na rede).
- Como se dá a relação do usuário/família e equipe.
- Parcerias estabelecidas com outros serviços, setores e o território (quem são essas parcerias? como o serviço se organiza para realizar as articulações com os outros serviços/setores e o território? como são essas relações?).
- Como o serviço se organiza para realizar as articulações com a rede de saúde mental?
- Há discussão de casos sobre usuários de SPA no território?

APÊNDICE B- ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

Grupo de interesse:
Serviço a que se vincula:

1. Identificação do sujeito:

Nome:
Idade:
Categoria profissional:
Tempo de formado:
Tempo de trabalho no serviço:
Especialização: ( ) sim ( ) não
Área:

Questões norteadoras

1. Fale sobre o cuidado realizado aos usuários de SPA no cotidiano do serviço.

2. Quais são as potencialidades e desafios que você encontra no cuidado ao usuários de SPA no serviço que você trabalha?

APÊNDICE C- ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

Grupo de interesse:
Serviço a que se vincula:

1. Identificação do sujeito:

Nome:
Idade:
Profissão:
Tempo que frequenta a ESF:

Questões norteadoras

1. Fale sobre o cuidado recebido na ESF relacionado ao uso de álcool e /ou drogas.

2. O que você considera adequado no cuidado recebido pela ESF em relação ao uso de álcool e/ou drogas?

3. O que você pensa que poderia melhorar no atendimento recebido pela equipe da ESF?

APÊNDICE D- ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS FAMILIARES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

Grupo de interesse:
Serviço a que se vincula:

1. Identificação do sujeito:

Nome:
Idade:
Profissão:
Tempo que frequenta a ESF:

Questões norteadoras

1. Fale sobre o cuidado recebido na ESF para você e seu familiar relacionado ao uso de álcool e /ou drogas.

2. O que você considera adequado no cuidado recebido pela ESF em relação ao uso de álcool e/ou drogas?

3. O que você pensa que poderia melhorar no atendimento recebido pela equipe da ESF?

APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando a pesquisa "**AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS AÇÕES DE CUIDADO REALIZADAS À USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA "** que será realizada como parte da Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estudo tem por objetivo avaliar o cuidado realizado à usuários de substâncias psicoativas em uma Estratégia de Saúde da Família de um município da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul . Para isso, realizaremos entrevista com trabalhadores, usuários e familiares da Estratégia de Saúde da Família Cabo Luiz Quevedo- ESF22- do município de Uruguaiana- RS.

A entrevista será realizada conforme roteiro previamente estabelecido, a ser aplicada em dia e horário acordado com você e no local de sua preferência. Como a entrevista precisará do uso de gravador, pedimos sua colaboração nesse sentido. No entanto, não se preocupe, pois, todas as informações coletadas e transcritas serão mantidas em sigilo. Garantimos também que em nenhum momento da pesquisa você será identificado e que você terá acesso livre aos dados coletados por nós.

Você tem total liberdade para retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, e nós teremos o dever de destruí-las no momento em que isso acontecer. Caso isso ocorra, manifestamos nossa solidariedade e nosso respeito. Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com seres Humanos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Esperamos que a pesquisa contribua com as práticas de cuidado ao usuário de drogas e com o avanço do conhecimento científico no campo da saúde mental, respeitando as orientações da política nacional de saúde mental em vigência no Brasil.

Essa pesquisa envolve os benefícios de possivelmente contribuir para a produção de conhecimento na área de atenção aos usuários de drogas, na pesquisa qualitativa em saúde, e na elaboração de novas políticas públicas em saúde mental.

Os riscos e desconfortos da pesquisa incidem no diálogo feitos aos participantes para responder ao objetivo do estudo, o que poderá mobilizar sentimentos. No entanto, caso esteja se tornando desconfortável para você, pedimos a gentileza de interrompê-la imediatamente. Poderemos retomá-la em outro momento ou deixamos livre a sua decisão em continuar participando ou não da pesquisa. Informamos que, se isso acontecer, será disponibilizado o auxílio necessário para ajudar a enfrentar essa situação.

Caso você tenha interesse em participar, autorize e assine o consentimento abaixo. Uma cópia ficará conosco e será arquivada; a outra, ficará com você:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos riscos e benefícios, e dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e que estou de acordo que não haverá pagamento de despesas, por parte dos pesquisadores, pela participação na pesquisa. Autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados, da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo, e da segurança que não serei identificado

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA:_____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE:_____

ASSINATURA DO COORDENADOR DA PESQUISA: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:

Orientador da pesquisa- Leandro Barbosa de Pinho. Cel (51) 8137-1860 ou 8221-0103.
E mail: lbpinho@ufrgs.br
Pesquisadora- Vanessa Alvez Mora da Silva. Cel (55) 996488425. Email: vanessamora@unipampa.edu.br
Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rua São Manoel, 963 – Bairro Rio Branco. CEP: 90620-110 – Porto Alegre/RS. Comitê de Ética em Pesquisa – UFRGS: Tel: 51-33083629

APÊNDICE F - CARTA PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE URUGUAIANA/RS

Autorização para coleta de dados

UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

Uruguaiana, 28 de setembro de 2022.

Ao Sr. Charles Jopar Hedlund
Coordenador da Atenção Primária no Município de Uruguaiana/RS

Pelo presente, solicitamos que seja apreciada a possibilidade de realizar uma pesquisa junto a uma Estratégia de Saúde da Família deste município. O projeto de pesquisa intitulado **"AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS AÇÕES DE CUIDADO REALIZADAS À USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA"** é vinculado à tese de doutorado de Vanessa Alvez Mora da Silva, CPF: 008.622.130-29, matrícula 00312358, doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, orientada pelo Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho.

Ressaltamos o compromisso ético de assumir, com os envolvidos na pesquisa, assim como com a instituição, o anonimato dos participantes, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Solicitamos, respeitosamente que, em manifestando concordância com o desenvolvimento da pesquisa, assine este documento. Entendemos que o tema é relevante e pode trazer contribuições para qualificar o atendimento e as políticas de atenção aos usuários de substâncias psicoativas em Uruguaiana. Colocamo-nos a disposição para que possamos montar uma parceria estratégica para atingir esses objetivos.

Na certeza de contar com o seu apoio, desde já agradecemos e estamos disponíveis para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos que se fizerem necessários.

Vanessa Alvez Mora da Silva
Fone: (55) 996488425
e-mail: vanessamora@unipampa.edu.br

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Fone (51) 98221-0103
E-mail: lbpinho@ufrgs.br

Ciente e de Acordo: _____
Enfermeiro
COREN-RS 252.763

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

Uruguaiana, 28 de setembro de 2022.

Ao Sr. Diego Cantori Hernandes
Secretário de Saúde do Município de Uruguaiana/RS

Pelo presente, solicitamos que seja apreciada a possibilidade de realizar uma pesquisa junto a uma Estratégia de Saúde da Família deste município. O projeto de pesquisa intitulado **"AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS AÇÕES DE CUIDADO REALIZADAS À USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA"** é vinculado à tese de doutorado de Vanessa Alvez Mora da Silva, CPF: 008.622.130-29, matrícula 00312358, doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, orientada pelo Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho.

Ressaltamos o compromisso ético de assumir, com os envolvidos na pesquisa, assim como com a instituição, o anonimato dos participantes, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Solicitamos, respeitosamente que, em manifestando concordância com o desenvolvimento da pesquisa, assine este documento. Entendemos que o tema é relevante e pode trazer contribuições para qualificar o atendimento e as políticas de atenção aos usuários de substâncias psicoativas em Uruguaiana. Colocamo-nos a disposição para que possamos montar uma parceria estratégica para atingir esses objetivos.

Na certeza de contar com o seu apoio, desde já agradecemos e estamos disponíveis para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos que se fizerem necessários.

Vanessa Alvez Mora da Silva
Fone: (55) 996488425
e-mail: vanessamora@unipampa.edu.br

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Fone (51) 98221-0103
E-mail: lbpinho@ufrgs.br

Ciente e de Acordo: NO IMPEDIMENTO

Enfermeiro
COREN-RS 252.793

ANEXOS

ANEXO I- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - PROPESQ UFRGS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS AÇÕES DE CUIDADO REALIZADAS À USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Pesquisador: Leandro Barbosa de Pinho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64367722.7.0000.5347

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.788.530

Apresentação do Projeto:

Pesquisa avaliação qualitativa do cuidado aos usuários de substâncias psicoativas (SPA) em uma Estratégia de Saúde da Família no município de Uruguaiana- Rio Grande do Sul.

O contexto de vida vai além do sofrimento pelo uso de substâncias psicoativas, somado a problemas financeiros, problemas jurídicos, outras doenças, conflitos pessoais e familiares e falta de perspectiva de vida. Essas demandas são levadas para os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), elas se resumem a lógica do encaminhamento à atendimentos psicológicos e psiquiátricos, visando a supressão dos sintomas e não o cuidado psicossocial, desvelando necessidade de trabalhar com a equipe questões como escuta, acolhimento e cuidado também à família.

Desafios do cuidado na Atenção Primária é, perceber que o cuidado integral ao usuário de drogas não é responsabilidade restrita dos serviços especializados em saúde mental, o usuário necessita transitar nos serviços de saúde local, para ser reconhecido como parte do seu território.

METODOLOGIA:

Pesquisa tem como referencial teórico-metodológico de avaliação em saúde, a Avaliação de Quarta

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3787 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

c) Incluir informação sobre o CEP UFRGS – "O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFRGS (CEP-UFRGS), órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade e avaliar, emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição".

RESPOSTA: "Foi incluído conforme solicitação."
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

d) Inserir informação sobre endereço e horário de atendimento do CEP UFRGS: Av. Paulo Gama, 110, Sala 311, na Sala da Secretaria dos Comitês de Ética e Pesquisa, Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060, telefone: +55 51 3308 3787, E-mail:etica@propesq.ufrgs.br, O CEP/UFRGS atende presencialmente de Segunda-feira a Sexta-feira, das 8hs às 12hs e das 13h30hs às 17h30hs.

RESPOSTA: "Foi inserido conforme solicitação."
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-UFRGS, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.° 466, de 2012, e na Norma Operacional n.° 001, de 2013, do CNS, manifesta-se por aguardar o atendimento às questões acima, para emissão de seu parecer final.

Reitera-se aos pesquisadores a necessidade de elaborar e apresentar os relatórios parciais e final da pesquisa, como preconiza a Resolução CNS/MS nº 466/2012, Capítulo XI, Item XI.2: "d.

Considerações Finais a critério do CEP:
Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2036633.pdf	20/11/2022 12:06:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLENOVO.pdf	20/11/2022 12:05:26	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
Outros	RespostaaoparecerconsubstanciadoCEP.pdf	20/11/2022 11:59:31	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoposparecer_CEP.pdf	20/11/2022 11:58:02	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
Outros	carta.pdf	19/10/2022 23:30:36	VANESSA ALVEZ MORA DA SILVA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	19/10/2022 23:27:04	VANESSA ALVEZ MORA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/10/2022 23:23:08	VANESSA ALVEZ MORA DA SILVA	Aceito
Outros	compesq.pdf	19/10/2022 23:22:22	VANESSA ALVEZ MORA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOpronto_CEP.pdf	19/10/2022 23:21:52	VANESSA ALVEZ MORA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	19/10/2022 23:19:51	VANESSA ALVEZ MORA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO ALEGRE, 01 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Patrícia Daniela Melchiors Angst
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3787 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br