

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO
NA REGIÃO CENTRO-OESTE

PAMELLA ALINE MIRANDA TEODORO

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR
FRENTE AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ATENDIDOS
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) EM CAMPO
GRANDE/MS.**

CAMPO GRANDE – MS
2023

PAMELLA ALINE MIRANDA TEODORO

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR
FRENTE AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ATENDIDOS
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) EM CAMPO
GRANDE/MS.**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro- Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde e Sociedade

Linha de Pesquisa: Avaliação de tecnologias, políticas e ações em saúde.

Orientador: Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha

Coorientadora: Dr^a Karla Rejane de Andrade Porto

CAMPO GRANDE – MS
2023

PAMELLA ALINE MIRANDA TEODORO

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR
FRENTE AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ATENDIDOS
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) EM CAMPO
GRANDE/MS.

Dissertação de Mestrado apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro- Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre. Linha de Pesquisa: Avaliação de tecnologias, políticas e ações em saúde

Orientador: Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha
Coorientadora: Dr^a Karla Rejane de Andrade Porto

Banca examinadora:

Nota/conceito

Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha

Prof. Dra. Iara Barbosa Ramos

Prof. Dr. Igor Domingos de Souza

Avaliação Final: () Aprovada

() Reprovada

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento dessa dissertação contou com a ajuda de diversas pessoas, dentre as quais agradeço:

Agradeço a Deus por me conceder a oportunidade, a força de vontade e a coragem para superar todos os obstáculos.

A Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, na qual eu tinha o sonho de estudar na graduação, mas consegui realizar na pós-graduação.

A todos os professores que me deram aula ao longo desses anos, cada um me fez ser melhor de alguma forma.

A Capes por ter me fornecido a bolsa de incentivo à pesquisa por 2 anos, o que me ajudou muito ao longo desses anos.

Aos meus orientadores, que me acompanharam pontualmente por 3 anos, dando todo o auxílio e nunca me deixando desistir.

Professor Rivaldo Venâncio da Cunha, sempre com toda a calma e paciência, dizendo que tudo daria certo e Professora Karla Rejane de Andrade Porto, a senhora é incrível, sempre disponível e prestativa, agradeço aos dois por toda a orientação.

Ao Ademir Jr. sempre prestativo e mega educado.

A Iara Ramos, por ter me incentivado e me ajudado a entrar no curso, através das orientações de como deveria realizar o projeto e de como seria a prova. Tudo começou por ela, sempre sendo uma referência para mim.

A Eliza Ramos, por toda a parceria junto aos artigos produzidos. Já falei, quando eu for fazer doutorado quero ser igual a você.

Ao meu pai de santo, Pedro Muta, pelas suas rezas e velas, sempre me ajudando nas horas de desespero, quando eu achava que não conseguiria terminar o curso.

Aos meus guardiões e, sobretudo, ao cigano Francisco. Sem vocês, tudo seria mais complexo. Ao meu guri por tudo, até pelo computador queimado.

E, por fim, ao meu esposo, Marco Alexandre, obrigado por tudo que você fez e faz por mim, por cada noite sem dormir junto comigo, por compreender os dias difíceis. Essa dissertação também é sua. Sem você, nada teria acontecido.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo identificar quais as percepções dos profissionais de saúde de nível superior frente aos usuários de álcool e outras drogas atendidos em uma USF em Campo Grande – MS, descrever as barreiras que dificultam o vínculo e listar as principais estratégias oferecidas aos usuários. O estudo foi caracterizado como qualitativo de cunho descritivo exploratório, onde a amostra era composta por 20 (vinte) profissionais da saúde de nível superior atuantes na unidade. A pesquisa foi realizada pela pesquisadora com profissionais de oito equipes diferentes utilizando um roteiro de entrevista semiestruturada, a população de estudo foi formada por assistente social, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, odontólogos e profissionais de educação física. Os resultados coletados de acordo com as métricas e comparados com estudos anteriores apontam significativamente o aumento do consumo e a dependência de álcool e outras drogas, e as interferências dos efeitos no aspecto biopsicossocial do indivíduo. As amostras foram predominantemente do sexo feminino com percentual de 75% (n=15), e apenas 25% (n=5) do sexo masculino. A idade variou de 25 a 46 anos, com um valor médio de $31,2 \pm 6,52$ anos distribuídos entre mulheres e homens. Dos 20 profissionais, 95% têm conhecimento de usuários de álcool e outras drogas sendo atendidos em sua unidade, 100% desconhecem a existência de um fluxo/planejamento de atendimento para esses casos. Quanto a algum tipo de capacitação/treinamento na área de saúde mental/álcool e drogas, cerca de 35% (n=7) confirmaram a realização. Sobre o sentimento de estar apto para atender e cuidar dos usuários de álcool e outras drogas atendidos nas USF, 40% (n=8) alegou que sim, destacando ainda que muitos profissionais alegaram que esta formação é devida a prática nos anos de serviço e não ao conhecimento recebido. O resultado desta pesquisa correlaciona com os estudos já publicados, que o principal desafio dos profissionais da saúde são formação inadequada, o preconceito de profissionais e usuários, falta de políticas públicas e sociais e escassez de recursos.

Descritores: promoção à saúde; usuários de drogas; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

This study aims to identify the perceptions of higher-level health professionals regarding users of alcohol and other drugs treated at a USF in Campo Grande - MS, describe the barriers that hinder the bond and list the main strategies offered to users. The study was characterized as a qualitative, descriptive and exploratory study, where the sample consisted of 20 (twenty) higher-level health professionals working at the unit. The research was conducted by the researcher with professionals from eight different teams using a semi-structured interview script, the study population was formed by social workers, nurses, physiotherapists, doctors, dentists and physical education professionals. The results collected according to the metrics and compared with previous studies significantly point to increased consumption and dependence on alcohol and other drugs, and the interference of the effects on the individual's biopsychosocial aspect. The samples were predominantly female with a percentage of 75% (n=15), and only 25% (n=5) male. Age ranged from 25 to 46 years, with a mean value of 31.2 ± 6.52 years distributed between women and men. Of the 20 professionals, 95% are aware of users of alcohol and other drugs being treated in their unit, 100% are unaware of the existence of a care flow/planning for these cases. As for some type of qualification/training in the area of mental health/alcohol and drugs, about 35% (n=7) confirmed the accomplishment. Regarding the feeling of being able to assist and care for users of alcohol and other drugs treated at the USF, 40% (n=8) claimed yes, noting that many professionals claimed that this training is due to practice in the years of service and not the received knowledge. The result of this research correlates with studies already published, which the main challenge of health professionals are inadequate training, prejudice from professionals and users, lack of public and social policies and scarcity of resources.

Descriptors: health promotion; drug users; primary health care.

SIGLAS E TERMOS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRS	Centro Regional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional Antidrogas
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	8
2.	REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1	Contexto histórico	11
2.2	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).....	13
2.3	Estudos relacionados aos atendimentos de usuários de álcool e outras drogas.....	14
2.4	Reforma Psiquiátrica no Brasil	18
2.5	Atenção psicossocial em Campo Grande, MS	22
3	HIPÓTESES	23
4	OBJETIVOS	24
4.3	Objetivo Geral	24
4.4	Objetivo Específico.....	24
5	MATERIAIS E MÉTODOS	25
5.1	Tipo de estudo, participantes, critérios de inclusão e exclusão	25
5.2	Procedimentos de Coleta	26
5.3	Pesquisa Bibliográfica.....	26
5.4	Entrevista Semiestruturada.....	27
5.5	Riscos e Benefícios	27
5.6	Análise e Estatística	27
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE A – Roteiro para entrevista	59
	APÊNDICE B – TCLE	60
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE	60
	ANEXO A – Termo de responsabilidade e autorização SESAU	62
	ANEXO B – Autorização do comitê de ética	64

1. INTRODUÇÃO

As substâncias causadoras de dependência e alteração bioquímica no organismo são consideradas drogas, essas modificações são capazes de interferir nos mecanismos fisiológicos e comportamentais do usuário. Geralmente se refere apenas às drogas ilícitas como a cocaína, maconha, dietilamida do ácido lisérgico (LSD), crack, dentre outros (SILVA; PERES, 2014).

Entretanto, substâncias como cafeína, álcool, tabaco e medicamentos também são consideradas drogas, e induzem alterações no organismo; um exemplo é a cafeína presente no café e em bebidas energéticas que podem causar dependência e a necessidade de doses cada vez maiores para obter o efeito desejado e os medicamentos que em pequenas doses tem efeito benéfico, mas em grandes doses pode apresentar toxicidade (SILVEIRA; SILVEIRA, 2014).

Na atualidade, o consumo de drogas, não se limita a um problema apenas de segurança pública, é uma condição que atinge a saúde pública ao nível mundial. O alto índice de consumo de entorpecentes pode estar relacionado ao histórico familiar, curiosidade, sofrimento, fácil acesso, “purificação” em ritos religiosos e misteriosos, baixa autoestima, prazer e entretenimento (SILVA; PERES, 2014).

A política pública para pessoas usuárias de drogas começou em meados do século XX, por influência dos acontecimentos antidrogas nos Estados Unidos. No início, a abordagem a esses indivíduos era de forma discriminatória e produzia uma relação de exclusão do indivíduo com a sociedade, agindo com repressão ao usuário da mesma forma que agia ao traficante (TEIXEIRA et al., 2021).

Já em 2003, o Ministério da Saúde (MS) publicou uma política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas com a atuação junto às diretrizes da reforma psiquiátrica, no âmbito da saúde coletiva, saúde mental e AB, visando não apenas a abstinência desse usuário como tratamento e sim a redução de danos (TEIXEIRA et al., 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) traz nas suas diretrizes, o acolhimento e a criação de vínculo, entretanto quando se trata de um paciente que é usuário de drogas, esse acolhimento vem carregado de preconceito e julgamento, limitando a criação de vínculo com o usuário e sua família. Antes de qualquer atendimento, o

Profissional da APS deve estar preparado para receber esse usuário. O MS disponibiliza uma verba para haver capacitação de recursos humanos, vínculo com

outras secretarias, levantamento do perfil populacional de saúde mental no bairro, pesquisas, entre outros dispositivos para a melhoria do acesso (AGUIAR et al., 2020).

Laport et al. (2016) demonstram em sua pesquisa que as barreiras encontradas pelos profissionais são a baixa adesão dos usuários ao tratamento, profissionais com sobrecarga de trabalho, a falta de recursos e poucos profissionais que estejam realmente engajados a trabalhar com essa demanda, observam também a falta de formação adequada e suporte para a elaboração de estratégias para o atendimento e ações que contribuam para a formação desse vínculo profissional e usuário.

Malvezzi e Nascimento (2018) apontam que as internações em manicômios, como forma de tratamento, coadjuvam e perpetuam até a atualidade os preconceitos e estigmas gerados na sociedade. Mesmo após a criação de políticas públicas para álcool e drogas e investimentos nas capacitações de profissionais, ainda existe uma resistência no pensamento estigmatizado e no tratamento biomédico pelos profissionais de saúde, dificultando a criação vínculo, e muitas vezes oferecendo um atendimento desumanizado.

A rede de atenção psicossocial transita nos três níveis de complexidade: primário, secundário e terciário, fazem parte destes três níveis equipes de atendimento similares (PAULA et al., 2014; AGUIAR et al., 2020).

Na APS, a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional) e os enfermeiros que realizam o acompanhamento tanto do usuário quanto de seus familiares que acabam se tornando codependentes. Os autores reforçam que dentre todos os profissionais um dos mais importantes nesse nível da atenção é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), pois ele está ligado diretamente à comunidade (PAULA et al., 2014; AGUIAR et al., 2020).

Na atenção secundária temos, Serviços de Urgência e Emergência, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS - AD), os Centros de convivências, os serviços de residência terapêutica, no qual quem presta a assistência é a equipe intermediária, psicólogo, assistente social e psiquiatra e na atenção terciária temos os hospitais gerais e hospitais psiquiátricos que normalmente contam com todos os profissionais citados anteriormente (FRASÃO; RIBEIRO, 2022)

Os estudos que trazem a prevenção, tratamento, redução de danos e a percepção do profissional na APS ao usuário de álcool e outras drogas, mostram que as ações ainda são escassas e as pesquisas destinadas a esse tema são de baixa repercussão. Diante disso e considerando a relevância do tema, fica evidenciada a

importância para o meio científico e social.

Neste sentido, o presente estudo pretende caracterizar as percepções dos profissionais de saúde de nível superior frente aos usuários de álcool e outras drogas, quais as barreiras no atendimento dessas demandas e ações realizadas pelos profissionais atuantes na USF, no município de Campo Grande - MS, visando promoção à saúde desses usuários.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contexto histórico

O termo droga, refere-se a toda substância que não é produzida pelo organismo, mas que pode gerar alterações fisiológicas e comportamentais em um ou mais sistemas, as quais podem ser benéficas ou não, e em algumas condições causam dependência química. Portanto, as drogas atuam modificando o estado mental e o funcionamento do cérebro (OMS, 2006).

No século XX, o governo brasileiro, na tentativa de intervir e preservar a segurança e a saúde pública, elaborou instrumento jurídico para controlar o comércio e o uso de drogas lícitas e ilícitas. A abordagem desses decretos e leis consistem em uma exclusão de usuários de drogas categorizadas como ilícitas do convívio em sociedade, por meio de prisões e internações compulsórias (VARGAS; CAMPOS, 2019).

No entanto, essas leis não foram direcionadas a atenção ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas. O abuso de álcool aumentou no decorrer do tempo e a implementação de legislação para políticas direcionadas ao etilismo eram insuficientes. As ações de prevenção e promoção antialcoolismo eram pautadas pelas sociedades privadas e fundamentadas com conceitos moralistas e higienistas (VARGAS; CAMPOS, 2019).

Em 1921 o presidente da república sancionou o Decreto 4.294 de 6 de julho de 1921, que previa penalidades, multas para a venda de substâncias que não fossem autorizadas e prisão de 1 a 4 anos para a venda do ópio, da cocaína e da morfina. Destacando que para uso excessivo de álcool ou entorpecentes a punição seria a internação compulsória.

Art. 3º Embriagar-se por hábito, de tal modo que por atos inequívocos setorne nocivo ou perigoso a Si próprio, a outrem, ou à ordem pública:

Pena: internação por três meses a um ano em estabelecimento correccionaladequado (CONGRESSO NACIONAL, 1921).

Ainda em 1921 é criado o sanatório para toxicômanos através do Decreto 14.969, de 3 de setembro de 1921, determinando que a internação se daria de modo voluntário ou por ordens judiciais para aqueles que se enquadrarem no Art.3 do Decreto 4.294 de 1921 (BRASIL, 1921).

Art. 3º Embriagar-se por hábito, de tal modo que por atos inequívocos se torne nocivo ou perigoso a Si próprio, a outrem, ou à ordem pública:

Pena: internação por três meses a um ano em estabelecimento correcional adequado (BRASIL, 1921)

O texto do Decreto 14.969 de 3 de setembro de 1921 relata que quando não houvesse prédio próprio as internações seriam realizadas nas Colônias de Alienados (BRASIL, 1921).

Reconhecendo que as políticas para o etilismo eram insuficientes, em meados do século XX o álcool passou a ser considerado droga, uma vez que o consumo excessivo promove um comportamento alterado, trazendo prejuízos à vida do indivíduo e de seus familiares (REINALDO; PILLON, 2007).

Em 1970, a medicina influenciou mudanças nas formas de tratamento e nas legislações, salientando a necessidade de contenção quanto ao uso de entorpecentes e fortaleceu a linha terapêutica do governo para conter o uso de drogas. A partir dessa estrutura os indivíduos usuários de drogas ilícitas passaram a ser visto como doente ou até delinquente, a medida de tratamento oferecido era em hospitais psiquiátricos para resgatar, recuperar, tratar ou mesmo penalizar pelos seus atos, algumas dessas intervenções continuam a persistir na atualidade (MACHADO; MIRANDA, 2007).

A Lei 6.368, de outubro de 1976, inclui a mudança do termo '*viciado*' para dependente de drogas e propõe a criação de centros específicos para tratamento dessa população. Esta lei também traz a distinção de posse e tráfico, criando um delito específico para posse com pena de 6 meses a 2 anos e multa, tornando a punição mais leve aos usuários (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1976).

Na atualidade ainda temos o rastro das políticas anteriores relacionadas às medidas de tratamentos de usuários de drogas ilícitas, repressão e abstinência, porém o etilismo permanece sem ações e locais para tratamentos, seguindo invisível (MACHADO; MIRANDA, 2007).

O Decreto n.º 85.110, de 2 de setembro de 1980, cria o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e de outras providências, que visa:

- I - Formular a política nacional de entorpecentes, compatibilizar planos nacionais com planos regionais, estaduais e municipais, bem como fiscalizar a respectiva execução;
- II - Estabelecer prioridades entre as atividades do Sistema, através de critérios técnicos, econômicos e administrativo;
- III - modernizar a estrutura e os procedimentos da administração nas áreas de prevenção, fiscalização e repressão, buscando seu constante aperfeiçoamento e eficácia;
- IV - Estabelecer fluxos contínuos e permanentes de informações entre seus órgãos, bem como entre o órgão central do Sistema e os

organismos internacionais a fim de facilitar os processos de planejamento e decisão;

V - Estimular pesquisas, visando ao aperfeiçoamento do controle de fiscalização do tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica;

VI - Promover, junto aos órgãos competentes, a inclusão de ensinamentos referentes a substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica nos cursos de formação de professores a fim de que possam ser transmitidos com observância dos seus princípios científicos;

VII - promover, junto aos órgãos competentes, a inclusão de itens específicos nos currículos do ensino de primeiro grau, na área de ciências, com a finalidade de esclarecer os alunos quanto à natureza e efeitos das substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica (BRASIL, 1980)

Em 1987, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas do Departamento de Psicobiologia, da Universidade Federal de São Paulo, iniciou pesquisas que romperam com a falta de estudos nacionais sobre o consumo de drogas ilícitas ou lícitas. A partir de então começaram a notar a importância do tratamento da dependência de drogas, passando a ter instituições próprias para os tratamentos, com regulamentos a serem seguidos e desenvolvendo o olhar crítico, considerando os problemas relacionados ao álcool e outras drogas como um problema de saúde pública (REINALDO; PILLON, 2007).

Assim, conforme explicado por Barcellos (2019) ao observar as evidências das formas de tratamento e a visibilidade do usuário de álcool e outras drogas diante da saúde pública, é possível haver uma estratégia de redução de danos.

2.2 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A PNAB apresenta a AB como o primeiro nível de atenção, sendo a porta de entrada para o atendimento ao usuário. Ela é estruturada com um território e população definida (população adscrita), atendendo o usuário, a família e a comunidade, sua forma de cuidado é longitudinal, ou seja, realiza o acompanhamento em todos os ciclos de vida. A AB atua com a prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Os atendimentos na AB devem ser realizados por uma equipe multiprofissional, dividida por equipes dentro do território, a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 dispõe no Art. 2 as seguintes determinações nos parágrafos:

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade

de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

A PNAB traz também em suas resoluções como deve ser composta a equipe de estratégia de saúde da família com no mínimo médico (preferencialmente especialista em medicina da família e comunidade, enfermeiro) (preferencialmente especialista em saúde da família) técnico de enfermagem e ACS, a equipe de saúde bucal e os ACE podem compor a equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A equipe de USF também é composta pela equipe NASF que foi criada através da Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008, constituído por equipes multiprofissionais para apoiar, ampliar e melhorar a qualidade dos atendimentos das equipes de saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A APS é a porta de entrada de muitos usuários que necessitam de algum atendimento devido ao uso de álcool e outras drogas, e comporta uma gama de intervenções de saúde ao nível individual e coletivo, que incluem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico de doenças, tratamento, reabilitação, redução de danos e atenção à saúde visando desenvolver uma atenção integral, tendo um efeito positivo na saúde das comunidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Entendendo que a APS deve ser o primeiro acesso da comunidade à rede de saúde, e reforçando os princípios do SUS, o qual é a universalidade que dá o acesso da população em qualquer nível de assistência. O usuário de álcool e outras drogas deveter seu acesso garantido a todos os níveis de atenção, não somente na atenção especializada (PAULA et al., 2014).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) surge com o intuito de ser uma nova estratégia mais eficiente para reorganizar a AB, traz como foco atendimentos e cuidados à família e a comunidade, buscando a integração e parcerias com os dispositivos sociais do território, a ações são realizadas conforme as vulnerabilidades encontradas que trazem prejuízos à saúde da comunidade, tornando-se assim a porta de entrada dos usuários a rede de serviços de saúde (LAPORT et al., 2016).

2.3 Estudos relacionados aos atendimentos de usuários de álcool e outras drogas

O relatório mundial sobre drogas de 2020, apresenta dados que afirmam que em 2018 cerca de 192 milhões de pessoas faziam o uso de *Cannabis sativa*, considerando o entorpecente mais consumido no mundo e um aumento de 75% nas mortes por uso de cocaína e metanfetamina no mesmo ano (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ, 2020).

O consumo de drogas lícitas e ilícitas teve um aumento exponencial nos últimos anos, se tornando um grave problema de saúde pública no mundo, sendo responsável por mais de 400 mil mortes todos os anos. A intervenção de redução de danos é fundamental tendo em vista que o alto consumo de substâncias psicoativas também contribui para as epidemias de hepatites virais, tuberculose e HIV/AIDS (SOUZA; CARRARO; HERNANDES, 2022)

Os jovens se destacam por ser a maior parcela da população que faz o uso das substâncias psicoativas, e as populações em situação de vulnerabilidade são as que mais sofrem, pois são marginalizadas e não possuem fácil acesso ao tratamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), conseqüentemente vão sendo excluídos do meio social (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ, 2020)

Um estudo realizado nos municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia e Três Rios, no Rio de Janeiro - RJ, avaliou 30 enfermeiros para identificar a forma de atuação profissional frente aos usuários de álcool e outras substâncias psicoativas. Os dados foram coletados nas consultas de enfermagem, nas comunidades, durante ações ou na busca ativa dos pacientes (GONÇALVES; TAVARES, 2007).

Os enfermeiros apontaram a necessidade de orientação aos profissionais das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), para direcionarem os usuários para as unidades de saúde de referência, utilizando o encaminhamento para internação como último recurso de tratamento. Os achados demonstram que mesmo sem capacitação ou formação adequada nas graduações, os profissionais realizavam os atendimentos desses usuários da forma que julgassem ser a mais correta (Ibdem, 2007).

Igualmente, os autores acima também citam a falta de programas direcionados a essa população, o estigma de serem violentos acabaram excluindo os usuários de drogas ilícitas dos atendimentos, dando preferência para os usuários que fazem o uso abusivo de álcool por alegarem serem menos violentos, conforme apontam os autores.

Embora reconheçam sua importância na atuação com os usuários de álcool e outras drogas, a falta de capacitação prejudica o atendimento, e reporta ainda que dos

30 entrevistados apenas 4 alegaram ter realizado alguma capacitação, mesmo que o interesse em atendimentos prestados seja unânime.

Kanno, Bellod e Tess (2012) ao realizarem um estudo em três USF na cidade de São Paulo — SP, identificaram as dificuldades dos profissionais que atuavam na ESF, e independente da formação profissional na área da saúde, todos se referiram a necessidade de capacitação para atender essas demandas, sinalizando que as capacitações eram insuficientes ou que nunca participaram.

Paula et al. (2014), buscaram identificar como eram realizadas as assistências de usuários de álcool e outras drogas nas USF de Fortaleza – CE, e o principal desafio encontrado foi o preconceito e desconhecimento de alguns profissionais relacionados ao uso de crack, presumindo o estigma de que todos os usuários são agressivos e criminosos.

Além disso, foram evidenciados, também, a falta de capacitação sobre o uso e efeito das drogas e formas de abordagem ao usuário dessas substâncias, o que dificulta os atendimentos e a criação de vínculos com esses usuários, fortalecendo o estigma e o preconceito dos profissionais.

Farias et al. (2019) afirmam que os atendimentos prestados na APS para usuários de álcool e outras drogas amplia a oferta de cuidados ao usuário, oferecendo um atendimento mais digno e com mais qualidade, por meio de uma equipe multiprofissional apta a identificar, intervir e acompanhar o indivíduo e os familiares. O compartilhamento com a rede de atenção secundária é essencial para haver um atendimento integral, sendo indispensável a referência e a contrarreferência.

Após a realização de um estudo em Campina Grande, PB, com 126 profissionais, entre médicos, enfermeiros e dentistas, visando avaliar as práticas e atitudes de profissionais que atuavam nas ESF na abordagem aos usuários de drogas. Foi possível identificar que 86% dos profissionais conheciam alguns usuários de drogas e relataram questionar sobre o uso somente em alguns atendimentos; 37% afirmaram que não saberiam como agir em um atendimento de emergência à esses usuários e 22% alegaram não saber os procedimentos e nem para onde encaminhar esses usuários (Ibdem, 2019).

Os resultados obtidos permitiram constatar a necessidade de capacitações dos profissionais de saúde, para prestar um atendimento apropriado aos usuários de álcool e outras drogas, para seus familiares e para a comunidade (FARIAS et al., 2019).

Silva e Peres (2014) em seus estudos afirmam que o acesso às drogas geralmente inicia dentro da família com o consumo de álcool, onde os familiares não identificam o álcool como uma droga, além disso, verificou que muitos usam o consumo de álcool como válvula de escape para os problemas pessoais ou familiares.

Esse pensamento reforça a afirmativa de Malvezzi e Nascimento (2018) alegando que o álcool é a substância psicoativa mais consumida, ele age no sistema nervoso central alterando as funções cerebrais, o comportamento, humor e a consciência, fato que traz sensações de relaxamento e euforia.

No objetivo de buscar identificar a concepção dos profissionais da AB nos atendimentos dessa população de risco, Silva e Peres, op. Cit., (2014) entrevistaram a equipe local formada por 12 profissionais divididos em enfermeiros, médicos e psicólogos.

Os resultados mostraram que os atendimentos são envoltos por estigmas e preconceitos, e a falta de capacitação é o principal fator de dificuldades nos atendimentos. Afirmam também que o meio cultural e os estigmas ainda existem, e, somado à falta de capacitação dos profissionais, justificam a carência de ações e projetos nas comunidades atendidas.

Coelho e Soares (2014), por meio do seu estudo realizado em uma USF de São Paulo – SP, identificaram pensamentos estigmatizados dos profissionais ao atribuir os usuários de álcool e outras drogas a condição de indivíduos fracos, doentes e delinquentes. Houve também culpabilização do indivíduo e seus familiares para o insucesso do tratamento, atrelados aos atendimentos no modelo biomédico compenetrado a doença, desconsiderando o meio social e psicológico que esse usuário se encontra.

Os autores afirmam que esses reveses estão relacionados a insuficiência de formação profissional adequada. Dentre esses impasses, existem também a sobrecarga do profissional, a precarização de instrumentos de trabalho e da estrutura local, que impossibilitam os profissionais de realizarem reuniões para discussão de casos, trocas de saberes numa construção interdisciplinar de cuidados e criação de fluxogramas específicos para atendimento dessas demandas.

Assim, a ESF vem com o intuito de priorizar os problemas encontrados em seus territórios, baseando seus atendimentos na população adscrita daquela área, priorizando as situações de vulnerabilidades do local. Por isso, cada unidade pode ter um fator de risco diferente, dando preferência ao que mais prejudica aquela

comunidade, seguindo um dos princípios doutrinários do SUS: a equidade (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2012).

O estigma relacionado aos usuários de álcool e outras drogas que está enraizada na cultura da população, a falta de capacitação dos profissionais de saúde e até mesmo as políticas afetam o modelo de tratamento, pois, ora se veem buscando a prática de redução de danos, ora estão voltados para a abstinência como única forma de tratamento.

2.4 Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, o Centro Psiquiátrico de Barbacena, que era conhecido como Colônia, foi inaugurado em 1903. O hospital colônia de Barbacena foi cenário da maior barbárie com consentimento do Estado e da sociedade. A princípio, foram oferecidos serviços mais humanizados, mas não houve tratamento eficaz nos primeiros 30 anos (CASTILHO; SANT'ANNA; ALONSO, 2017).

As colônias atraíram olhares de toda a sociedade, e foram criados em várias capitais, com o intuito de tratar por meio de serviços humanizados. Porém, o Estado e a sociedade começou a encaminhar doentes mentais e a população marginalizada pela população, dentre eles estavam alcoólatras, mães solteiras, tuberculosos, sífilíticos, homossexuais, mendigos, negros dentre várias outras situações, gerando superlotações desses locais. (DEVERA; ROSA, 2007).

A exemplo mais conhecido foi Barbacena, o hospital tornou-se apenas um depósito de pessoas para serem esquecidas, e quem entrava saía enlouquecida lá dentro. O tratamento baseava-se em eletrochoques, medicação e violência para contenção dos indivíduos, mais de 60 mil mortos e tantos outros corpos vendidos para as faculdades. Uma população submetida a humilhações, violências e privação de qualquer forma de humanização, eram tratados para a morte sem nenhuma perspectiva de melhora (CASTILHO; SANT'ANNA; ALONSO, op. Cit.).

Nise da Silveira foi uma médica psiquiátrica que se recusou a realizar os procedimentos de eletrochoque. Ela esteve presa por um ano e três meses na ditadura Vargas e quando retornou a sua atuação na medicina se recusava a utilizar as terapias de eletrochoque, lobotomia e coma insulínico. Por suas semelhanças com as torturas físicas presenciada na prisão (MELO, 2009).

Em 1946 Nise da Silveira iniciou seu trabalho na seção terapêutica ocupacional no centro psiquiátrico do Rio de Janeiro. No qual propôs atividades de pinturas e

modelagens, deixando o paciente livre para sua criação, o seu intuito era evidenciar as capacidades dos pacientes com transtornos psiquiátricos. Tal feito causou um grande impacto nas artes. Sendo posteriormente apresentadas no Museu de Artes de São Paulo, onde ela utilizou o espaço como oportunidade de apresentar uma nova forma de tratamento a essa população. Em 1956 Nise fundou o primeiro serviço de Egressos, sendo o primeiro projeto de desinstitucionalização dos manicômios no Brasil (SANTOS, 2012).

Na década de 80, na cidade do Rio de Janeiro - RJ, trabalhadores da saúde mental iniciaram o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que logo recebeu apoio dos familiares de usuários dos serviços e de sindicatos, servindo como base ao Movimento de Luta Antimanicomial. A partir desse movimento começaram as denúncias de crueldades e desumanidades dos manicômios (REINALDO; PILLON, 2007).

O Movimento de Luta Antimanicomial, caracteriza-se pela implementação de políticas públicas adequadas, sem isolamento e exclusão dos direitos da população, assistência à saúde mental e de usuários de álcool e outras drogas em um ambiente social e individualizado, visando a inclusão em um ambiente acolhedor (Ibidem, 2007).

O desafio do movimento de luta antimanicomial vai além de uma nova política assistencial, mas também de sensibilizar a comunidade, de desfazer de uma cultura de estigmas e discriminação ligados à saúde mental. A busca por uma sociedade e políticas de respeito, compreensão e responsabilidade para o indivíduo que se encontra em sofrimento psíquico, seja por abuso de álcool e drogas ou qualquer outra doença mental (AMARANTE, 2007).

O texto da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, garante a proteção e direitos dos usuários de serviços de saúde mental, conseqüentemente a lei beneficia os usuários de álcool e outras drogas que possuem algum transtorno mental devido ao consumo excessivo dessas substâncias. Garantindo o direito da universalidade, assegurando o acesso a serviços de saúde sem qualquer tipo de discriminação e a integralidade do cuidado em todos os níveis de atenção.

O texto traz também a descentralização dos atendimentos, direcionando o usuário para a unidade mais próxima de sua comunidade, o que lhe proporciona um convívio com seu meio social, facilitando a integração desse usuário com seus familiares, trabalho e a comunidade.

O Art. 2º, parágrafo único, descreve os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, como acesso a tratamento de qualidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS), atendimento humanizado para os usuários e familiares, visando reinserção social do indivíduo, garantia de sigilo, acesso a informações e esclarecimentos de dúvidas através do médico, o tratamento deve ser em ambiente terapêutico e o menos agressivo possível, os atendimentos devem ocorrer em serviços públicos de saúde mental. A lei estabelece:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (BRASIL, 2001).

Em lugar dos hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde determinou, em 2002, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o território nacional. Através Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002, é estabelecido que os CAPS serão divididos em modalidades, das quais todos atendem pessoas de todas as idades com intenso sofrimento psíquico relacionados a transtornos mentais graves e persistentes, com exceção do CAPSi, que o atendimento é voltado para crianças e adolescentes e CAPS AD, direcionado a pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.

2.4.1 CAPS I – Indicados para municípios com população de 20 a 70 mil habitantes;

2.4.2 CAPS II – Indicados para municípios com população de 70 a 200 mil habitantes;

2.4.3 CAPS III – Indicados para municípios com população acima de 200 mil habitantes;

2.4.4 CAPS AD III – Indicados para municípios com população acima de 200 mil habitantes. Seu funcionamento deverá ser 24h, incluindo finais de semana e feriados;

2.4.5 CAPS AD VI - Sua implantação deve ser planejada com os municípios com população acima de 500 mil habitantes e capitais. Seu funcionamento deverá ser

24h, incluindo finais de semana e feriados, oferecendo atendimentos de urgência e emergência, com disposição de leitos de observação;

2.4.6 CAPSi – indicados para municípios com população acima de 70 mil habitantes.

A Portaria 816/2002 institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, para atendimento específico desta população. Visando prestar atendimento a usuários de álcool e outras drogas, promover ações para redução de danos, realizar ações para pacientes e seus familiares, realizar atendimentos em grupos e individuais, orientações profissionais para inserção dessa população a sociedade e ao mercado de trabalho, fomentar as capacitações e supervisão das equipes de AB e centros de atendimentos de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Ainda em 2002 foi instituído a Política Nacional Antidrogas (PNAD), através Decreto n.º 4.345 de 26 de agosto de 2002, no qual reuniu pela primeira vez normas, condutas, objetivos e planejamento da política pública antidrogas. O decreto propõe a estratégia de redução de danos para controlar o uso e diminuir os prejuízos causados pelo consumo de substâncias psicoativas, sem obrigatoriamente cessar o uso, e a incluir esse usuário ao convívio social e minimizar os riscos de doenças (Brasil 2002):

Art. 1º Fica instituída, na forma do Anexo a este Decreto, a Política Nacional Antidrogas, que estabelece objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas (BRASIL, 2002, Art. 1).

A redução de danos é um conjunto de estratégias de saúde pública que tem como propósito a prevenção ou redução de complicações relacionadas ao uso de drogas. A redução de danos é voltada para usuários que não tem interesse ou não conseguem cessar o uso do álcool e outras drogas (FONSECA, 2005).

Em dezembro de 2017 a Comissão Inter gestores Tripartite aprova a resolução n.º 32, de 14 de dezembro de 2017, que insere novamente hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial. O que vai à contramão de todo o processo construído ao longo de décadas no campo da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2018).

Evidenciando esse retrocesso apontado por Amarante em 2019, o decreto 4.345/2002 foi revogado pelo decreto 9.761 de 11 de abril de 2019 que de maneira sucinta estabelece a abstinência como única forma de tratamento ao usuário de drogas, evidenciando o retorno da proibição, internações em hospitais e comunidades

terapêuticas.

5. Tratamento, Acolhimento, Recuperação, Apoio, Mútua Ajuda e Reinserção Social

5.1.2. As ações de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social serão vinculadas a pesquisas científicas, deverão avaliar, incentivar e multiplicar as políticas que tenham obtido resultados efetivos, com garantia de alocação de recursos técnicos e

financeiros, para a realização dessas práticas e pesquisas na área, e promoverão o aperfeiçoamento do adequado cuidado das pessoas com uso abusivo e dependência de drogas lícitas e ilícitas, em uma visão holística do ser humano, com vistas à promoção e à manutenção da abstinência (BRASIL, 2019).

2.5 Atenção psicossocial em Campo Grande, MS

Capital possui 6 CAPS, sendo 1 CAPS AD IV, 4 CAPS III e 1 CAPS Infanto Juvenil. A cidade possui 1 unidade de acolhimento e 4 Residências Terapêuticas (CNESNET, 2023).

A média mensal de atendimentos em 2022 foi de 1,3 mil consultas ambulatoriais de saúde mental e 2 mil atendimentos nos CAPS (CG NOTÍCIAS, 2022).

O CAPS AD IV – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV: Fátima M. Medeiros, está localizado na rua Teotônio Rosa Pires, n.º 19, no Bairro São Bento. Seu funcionamento é 24h por dia, inclusive finais de semana e feriados, com estrutura de 20 leitos de internação e uma equipe multiprofissional, formada por enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, técnico de enfermagem e cuidador social (CNESNET, 2023)

O município conta ainda com 12 leitos no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul para atendimento de pacientes usuários de álcool e drogas, 57 no Hospital Nosso Lar para pacientes com transtornos psiquiátricos e 20 na Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande (CNESNET, 2023).

3 HIPÓTESES

- Pensamentos estigmatizados e preconceituosos relacionados ao uso demasiado de álcool e outras drogas, que estão inseridos na cultura mediante fatores históricos e religiosos;

- Formação inadequada centrada no modelo biomédico;
- Falta de capacitação e complexidade da implantação de educação permanente e continuada;

- Políticas públicas antidrogas insuficientes.

Todos esses em conjuntos podem ser preditores para os desafios nos atendimentos e na criação de vínculos dos profissionais com esses usuários.

4 OBJETIVOS

4.3 Objetivo Geral

Identificar quais as percepções dos profissionais de saúde de nível superior frente aos usuários de álcool e outras drogas atendidos em uma USF em Campo Grande – MS.

4.4 Objetivo Específico

Descrever quais são as barreiras citadas pelos profissionais de saúde que dificultam a criação de vínculo;

Listar as principais estratégias em saúde que a atenção primária fornece ao usuário de álcool e outras drogas.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo, participantes, critérios de inclusão e exclusão

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul pelo CAAE: 59727622.7.0000.0021.

O estudo foi caracterizado como qualitativo de cunho descritivo exploratório, onde a amostra era composta por 20 (vinte) profissionais da saúde de nível superior atuantes na Unidade de Saúde da Família "Dr. Antônio Pereira", popularmente conhecido como USF Tiradentes, em Campo Grande, MS.

A USF Tiradentes é contemplada com o Programa de Residência Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a unidade faz parte do Programa Saúde na Hora, sendo a primeira unidade do município a funcionar em 75h semanais, oferecendo atendimentos a população nos 3 turnos, iniciando as 07h e fechando às 22h, também integra o Projeto de Laboratório de Inovação da APS (LIAPS) em parceria com a FIOCRUZ.

A USF está localizada no Distrito Bandeira, é composta por 8 equipes de saúde da família, 4 equipes de saúde bucal e equipe NASF, os profissionais que compõem a unidade são 10 enfermeiras, 4 fisioterapeutas, 2 assistentes sociais, 11 médicos, 2 profissionais de educação física, 5 odontólogos, 1 psicólogo (NASF), 1 pediatra (NASF), 9 técnicos de enfermagem, 6 auxiliares de saúde bucal (ASB), 34 ACS, 8 administrativos e 1 gerente com formação em pedagogia.

No período da pesquisa, entre 11/2022 e 12/2022, 3 enfermeiras e 2 odontólogos estavam afastados por motivo de licença médica.

Foram adotados como critérios de inclusão profissionais da saúde de nível superior atuantes na Unidade de Saúde da Família "Dr. Antônio Pereira" – USF Tiradentes, em Campo Grande, MS, no mínimo por um ano na USF, de ambos os sexos, e com idade entre 21 a 65 anos, devendo ser graduados nos cursos de enfermagem, educação física, fisioterapia, medicina, odontologia e serviço social.

Como critérios de exclusão estavam todos profissionais com menos de

um anode atuação na USF, sejam de nível de instrução fundamental, técnico ou mesmo graduados em demais cursos superiores não listados, e qualquer pessoa que mesmoapta fosse menor de 21 anos ou acima de 65 anos.

5.2 Procedimentos de Coleta

A entrevista foi realizada em uma sala da USF conforme a disponibilidade de cada profissional. A coleta de dados foi feita de forma individual e com um áudio gravado com consentimento para a posterior transcrição, em ambiente seguro, garantindo a privacidade e o sigilo, tanto dos dados coletados, como da identidade do profissional, respeitando a ética profissional proposta pelo Conselho Federal de Enfermagem.

A coleta contou com no máximo 2 profissionais da mesma categoria por equipe. Os servidores atuantes da USF foram convidados a participar da pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE e do termo de parceria de pesquisa da SESAU que se encontra em anexo A e B.

O período de coleta foi de três (03) semanas, início após a aprovação do Comitê de Ética e da liberação pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, MS (SESAU). A pesquisadora teve total responsabilidade sobre os custos da pesquisa, isentando os entrevistados e a instituição participante.

Ficará sob os cuidados da pesquisadora, por meio de arquivo digital, todos os documentos que possuam a identificação dos entrevistados durante 5 anos após o término da pesquisa. Conforme Resolução CNS/MS n.º 466/2012 e será de sua incumbência descartar, de forma sigilosa, todos os documentos físicos após o término da pesquisa. Para alcançar o objetivo da pesquisa foram utilizados os seguintes procedimentos metodológicos:

5.3 Pesquisa Bibliográfica

Foi realizada por meio da coleta de dados de pesquisas já existentes e publicadas por meio de livros, artigos científicos e páginas da web.

Através do tema percepção dos profissionais de saúde de nível superior frente aos usuários de álcool e outras drogas atendidos nas unidades de saúde da família (USF).

Foram realizadas buscas de artigos científicos indexados nas plataformas, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e disponibilizados pelos portais Literatura Medical

Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (Medline) e Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), bem como dados do PubMed e do Scientific.

Electronic Library Online (SciELO), além das diretrizes estabelecidas nas legislações vigentes que servem de orientação para o SUS.

5.4 Entrevista Semiestruturada

Consiste em um roteiro de perguntas pré - desenvolvido que permite no decorrer da entrevista novos questionamentos (TRIVINOS, 1987; MANZINI, 2003). A entrevista semiestruturada com os profissionais de saúde permite identificar características sociodemográficas em relação a: idade, sexo, formação acadêmica, ocupação, especialização e tempo de atuação na unidade. O roteiro da entrevista proposto e ora aplicado é apresentado no apêndice A e foi composto por treze (13) questões abordando o acolhimento, estratégia e o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, seguindo as adaptações prévias descritas.

5.5 Riscos e Benefícios

A pesquisa foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada de áudio gravado, gerando risco mínimo aos indivíduos que participaram, como possível constrangimento ao responder alguma pergunta, ou desconforto ao expressar suas percepções sobre sua vivência e apreensão quanto ao sigilo. Foram observadas as reações do entrevistado como postura, fala e gestos, permitindo o direito à recusa da resposta ou de se ausentar da pesquisa em qualquer momento, limitar o acesso aos dados somente à equipe de pesquisa e evitar dados que possam identificar os participantes.

Os benefícios da pesquisa são a possibilidade de entender melhor as dificuldades dos profissionais e gerar contribuições para que os gestores municipais e da rede de saúde possam intervir de forma que possibilite a promoção de um atendimento de qualidade, respeitando o direito ao acesso à saúde conforme a lei 8.080/90 de setembro de 1990.

5.6 Análise e Estatística

Para a análise de dados foram realizadas análises de caráter quantitativo e descritivo do conteúdo qualitativo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com 20 profissionais de saúde da USF "Dr. Antônio Pereira", dentre eles; assistente social (2), enfermeira (7), profissional de educação física (2), médico (4), odontólogos (2) e fisioterapeuta (3), entre eles dois profissionais participantes fazem parte do NASF.

Dos participantes da pesquisa, as amostras foram predominantemente do sexo feminino, com percentual de 75% (n=15) e apenas 25% (n=5) do sexo masculino. A idade variou de 25 a 46 anos, com um valor médio de $31,2 \pm 6,52$ anos distribuídos entre mulheres e homens.

O tempo médio de atuação na rede de saúde após a graduação variou entre 4,6 anos, embora houvesse uma variação de $\pm 5,52$ anos entre a menor idade de 1 ano e a maior com 22 anos; e o tempo médio de atuação na área foi de $1,94 \pm 0,87$ anos, com uma variação entre 1 e 4 anos para o menor tempo de atuação na unidade. Quanto ao questionamento sobre ter realizado algum curso de Pós-graduação

Latu sensu, apenas 35% (n=7) dos entrevistados alegaram ter realizado, e destes apenas 10% (n=2) foram na área. Dos entrevistados, apenas uma pessoa possui cursode Pós-graduação *Stricto sensu* de Mestrado em Saúde da Família.

Além do curso de complementação ao nível de pós-graduação, a população amostral também foi questionada se tinham conhecimento de indivíduos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas na unidade, 95% (n=19) alegaram ter conhecimento e 100% (n=20) dos entrevistados afirmaram não ter conhecimento de um fluxo específico para esses usuários.

Quanto a algum tipo de capacitação/treinamento na área de saúde mental/álcool e drogas, cerca de 35% (n=7) confirmou a realização. Na sequência, sobre o sentimento de estar apto para atender e cuidar dos usuários de álcool e outras drogas atendidos nas USF, 40% (n=8) alegou que sim, vale ressaltar que muitos profissionais argumentaram que essa formação é consequência da experiência nos anos de serviço e não cursos ou capacitações recebidos pela rede.

As análises das respostas discursivas foram avaliadas quanto às semelhanças e principais pontos de destaques:

O acolhimento e uma escuta qualificada, onde se valoriza a fala dos usuários e suas queixas, atuam como fator importante para a formação de vínculo e adesão ao tratamento. E usuários tendem a se apoiar em um ambiente acolhedor onde seja visto

para além da dependência, criando um ambiente seguro e os tornando protagonistas do seu tratamento.

Silva e Peres (2014) afirmam que acolher é estar aberto a escutar os detalhes da experiência do outro. E essa escuta é essencial no tratamento de usuários de álcool e outras drogas.

Segundo a fala dos entrevistados, a estratégia utilizada para o acolhimento destes usuários segue o mesmo fluxo de qualquer outro usuário que busque atendimento nas USF, sendo realizado o acolhimento, a escuta qualificada e o encaminhamento para a equipe de referência para atender sua queixa.

Os que eu tenho conhecimento, eles passam pela escuta qualificada e aí são direcionados para atendimento no dia, na maioria das vezes. Então também a gente consegue agendar consulta para dar continuidade ao cuidado, porém algumas consultas eles faltam, mas em geral eles aparecem aqui, seja por demanda espontânea ou por consulta agendada. (entrevistado 1)

Geralmente o usuário vem na escuta qualificada, é acolhido pelo profissional que está na escuta, que geralmente é residente, ou preceptor médico, ou enfermeiro e depois ele é encaminhado ao profissional que está de referência para equipe, que também é geralmente médico ou enfermeiro, para passar por consulta, conforme o profissional da escuta julgar necessário. Pode ser no mesmo dia ou pode ser programado, dependendo do dia é marcado. (entrevistado 8)

Normalmente é por busca espontânea ou encaminhado por algum serviço de abordagem a pessoa em situação de rua que é a nossa maior demanda. A gente faz o acolhimento, e a escuta qualificada nos ajuda a entender qual que é a necessidade dele, se é para serviço de saúde ou para outras políticas, porque eles também buscam a gente para o encaminhamento para algum serviço de recuperação da dependência química, ou por algum serviço de acolhimento e abordagem à pessoas em situação de rua. Enfim, até por questões de documentos, pois às vezes tem muitos deles que são de outros estados que vem buscar orientação de passagem é isso né? Ou para o CAPS também. (entrevistado 10)

Normalmente é uma escuta focada e no início, com acompanhamento semanal, e tentar avaliar também a rede de apoio da pessoa pra ver se ela consegue ter uma mudança no estilo de vida ou se, dependendo do grau, a gente acaba encaminhando para uma especialidade. (entrevistado 17)

Ah muitas vezes a demanda vem do agente comunitário de saúde e tem a demanda espontânea, tanto da unidade como de pacientes de outras regiões, que chegam na unidade e passam pela escuta qualificada com classificação de risco e aí são direcionados no dia, se tiver profissional da equipe no consultório, em atendimento direcionado para a própria equipe ou então para um profissional disponível no dia. Né? E aí, depois fazemos o encaminhamento do caso para a equipe de referência. (entrevistado 19)

Gonçalves e Tavares (2007) relatam em seu estudo com 30 enfermeiros, que mesmo sem as capacitações, ferramentas e protocolos de atendimento, os profissionais realizam os atendimentos de acordo com que cada uma julga ser o correto.

Então, é depende, né? Do que eles normalmente fazem uso. Aqui na unidade a gente tem o grupo de tabagismo. Ou então, se for por exemplo de álcool e outras drogas, passa pelo médico, aí ele vai ver a necessidade de encaminhar para o CAPS. (entrevistado 4)

A gente tem que identificar vários casos, alguns pacientes não têm apoio familiar, convivem com uma situação de mais vulnerabilidade. Então a gente sempre procura identificar as fontes de apoio desse paciente também, não focando só no paciente. E após identificar a gente tenta fazer uma ação interconsulta junto com a família para justamente ajudar o paciente a passar por essa fase, né? De deixar o álcool e a e as drogas. (entrevistado 5)

No caso de paciente que utiliza essas substâncias comparece espontaneamente, geralmente são pacientes que não tem endereços fixos ou que estão institucionalizados em alguns locais que, por algum motivo específico, como alguma queixa bucal específica, dor, inchaço, ou algum tipo de urgência odontológica, eles procuram o serviço para sanar queixas pontuais. Aí na maioria dos casos, não somente essas necessidades de urgência são identificadas, mas também as necessidades de tratamento. Eu tento acolher na minha agenda para poder marcar a consulta programada para poder dar sequência ao tratamento resolutivo. Alguns dão seguimento, mas na maioria dos casos, eles interrompem e acabam não fechando esse ciclo da necessidade de sanar queixas agudas. (entrevistado 7)

Aqui na unidade é realizado por equipe, mas dependendo da solicitação, por exemplo, se a pessoa está em situação de rua, o atendimento é feito pela assistente social. (entrevistado 13)

Normalmente a gente vê mais usuários de álcool e outras drogas quando eles vêm em surto parar no CRS, mas a gente tem que dar continuidade de atendimento aqui também, e geralmente não é muito fácil para a gente fazer o agendamento. Não é sempre que eles comparecem e a gente tenta fazer o acompanhamento pelos ACS para estarem nos passando como está a situação deles, né! Isso daqueles que a gente acompanha, porque a gente também não tem conhecimento de todos. E a gente busca estar sempre agendando para fazer esse intermédio com o agente comunitário que é quem está direto in loco, que conhecem mais a rotina deles, vêm como que eles estão, e tem paciente que está em acompanhamento no CAPS e tempaciente que não tem acompanhamento em nada, só com a gente aqui na unidade e, por vez ou outra, quando vai parar no CRS por algum excesso ou abuso de álcool ou droga, né! Mas normalmente é isso. (entrevistado 15)

Então é porque, como a gente tem o CRS, tem bastante gente que fica aqui ao redor, né! Então às vezes eles dormem aqui e aí, como tem o serviço social, eu vejo que eles procuram bastante o serviço social e a gente encaminha para saber o que a gente faz. Às vezes o serviço social não consegue resolver sozinho e aí encaminha para gente, ou para médico, dependendo da demanda. A MARIA é uma assistente social que eles procuram bastante para fazer teste rápido também, mas assim não tem tanto acolhimento, é que eles estão aqui, eles precisam, eles falam com o serviço social, ou então eles estão aqui e a gente aproveita e oferta um teste rápido, por exemplo. Geralmente isso parte mais do serviço social. (entrevistado 18)

A gente criou um vínculo eu e um outro profissional que, na verdade nem é da equipe de referência, mas que acabou tendo esse contato com esse paciente, então toda vez que ele vem à unidade, um de nós dois que geralmente faz o acolhimento dele, ele vem direto aqui na sala ou no consultório desse outro profissional e a gente faz o acolhimento. (entrevistado 20)

Fica visível nas falas acima o que os autores relatam em seu estudo, cada profissional age e interpreta de forma diferente o modo de acolher e realizar o primeiro contato com esses usuários, outros alegam não ter o conhecimento de como isso é realizado.

A categorização em drogas lícitas e ilícitas, faz com que o indivíduo não se identifique como dependente da droga. As drogas ilícitas são vistas como perigosas e recebem mais atenção das políticas de criminalização e de tratamento, porém o consumo de álcool que é considerado lícito segue aumentando e sendo o detentor de maior prejuízo a saúde e a família (MALVEZZI; NASCIMENTO, 2018).

Os profissionais relatam também que para a identificação dos casos e das queixas principais, está a resistência do usuário em reconhecer que está dependente do álcool ou de outras drogas, fazendo com que as demandas cheguem na unidade por meio de familiares que recorrem por ajuda com queixa de violência e por queixas de saúde como doenças adquiridas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas.

Olha, geralmente, pelo que eu já presenciei, a gente identifica mais quando a gente conversa mesmo, pelo cheiro, assim do álcool, aqui em sala. Às vezes, pessoas estão em surto, também usuários de drogas que estão em surto. E as principais queixas dele é, geralmente, para pedir uma ajuda para ir para um abrigo, ou para alimentos, ou alguma roupa. (entrevistado 3)

Normalmente a gente vivencia isso muito em atendimento domiciliar. Fazemos atendimento domiciliar múltiplos e aí normalmente tem as queixas da própria família, ou ele bebe muito, ou ele não está em casa e faz uso disso, não aceita tratamento. Dificilmente um paciente vem assim, de livre espontânea vontade, procurar atendimento na unidade. Então, normalmente a gente verifica isso mais no próprio atendimento domiciliar. Dependendo a gente vai com a assistência social, faz uma busca ativa desse paciente, para ver se ele realmente quer, ou se não quer. São essas tentativas, né! (entrevistado 4)

Normalmente eles falam que fazem uso, já chegam falando que usam tanto álcool como cigarro. Queixas relacionadas ao cigarro são: muita tosse, catarro, dor no peito, falta de ar e fadiga. Para o álcool, a gente identifica mais nos exames de sangue, se tem alteração de fígado, às vezes alteração renal, esses exames são solicitados pela equipe de enfermagem e alguns pelos médicos. (entrevistado 6)

Eu sigo o instrumento de anamnese que é o que foi já validado pelo CRO. Uma das perguntas está relacionada se o paciente utiliza substâncias, se ele possui algum tipo de dependência química, por exemplo. Então a maioria dos casos são necessidades de exodontias, que são as extrações dentárias, em alguns casos pulpites que são inflamações no interior do dente que causam necessidade e indicação ao tratamento ortodôntico que é tratamento do canal e, em alguns os casos abscessos, tratamentos periodontais também. (entrevistado 7)

Eles já chegam falando. As principais queixas são tuberculoses, sífilis, para

segmento né! que às vezes eles interrompem por conta mesmo, pela questão do vício mesmo. E aí eles vêm buscar para reiniciar o tratamento. É questão de situação de saúde vulnerável mesmo, às vezes estão passando mal, aí querem atendimento, entendeu? Alimentação. (entrevistado 10)

Então, normalmente é um parente que fala, que vem falar, o meu pai faz muito uso, principalmente do álcool. O tabaco eles ainda são mais abertos. Eles falam para a gente, né! Que faz uso de tabaco, alguns procuram o grupo de tabagismo. Mas com o álcool é mais difícil, e outras drogas mais difícil ainda. As queixas são de familiares que falam muito de agressividade, principalmente quando não estão usando. (entrevistado 16)

A gente acaba fazendo a anamnese mesmo. As queixas são de violência, às vezes não é nem o próprio paciente que procura, é o acompanhante ou familiar. Então é sobre violência, irritabilidade, inquietude e sintomas de abstinência. (entrevistado 17)

As queixas principais são por conta da pandemia, muitas pessoas perderam o emprego, e assim a questão financeira piorou bastante, muitos voltaram a residir com familiares e antes eles tinham uma independência maior e, muitas vezes, o convívio familiar que não tinham antes geram certos conflitos. A maioria que teve contato nas consultas de enfermagem se referiram isso, conflito no domicílio com familiares, a perda do emprego e a busca pelo emprego, que ele não consegue retornar ao mercado de trabalho, estresse no trabalho também. Tenho algumas pacientes também, que são professores da rede municipal e estadual e que iniciaram o uso de medicação controlada, fazem acompanhamento para ansiedade e que muitas vezes acabam abusando do álcool, principalmente, uma outra fazia abuso do tabaco e referiu na consulta que foi justamente por conta desse estresse, que ela trabalhava com mais de 45 alunos dentro de sala de aula, e aí ela passou a fazer o uso mais frequente de cigarro. (entrevistado 19)

Apenas dois profissionais citam utilizar um instrumento que serve para rastrear possível dependência. Farias et al. (2019) diz que o uso de instrumentos para identificação da utilização de substâncias psicoativas contribui para o desenvolvimento de planos de ação e tratamento para os usuários de álcool e outras drogas.

Geralmente é a queixa do paciente, ou às vezes, se a gente faz alguma pergunta direta né! Se o paciente faz algum uso de substância tóxica e ele acaba contando, se ele não tinha antes contado, e por exemplo, eu não sei a prática dos profissionais da enfermagem, mas se eu identifico que o paciente tem relato de, por exemplo, uso de álcool e tal, posso aplicar questionários específicos para ver se ele tem alguma dependência, né! Questionário Cage e outras ferramentas disponíveis. Muitos deles vem pela complicação, né! Alguns vem porque já tem uma alteração de fígado, né! Alteração hepática. E quando é por causa do álcool, passa mal, acaba fazendo os exames e vem alteração. E geralmente quando é usuário de substância tóxica, a queixa é social, né! Conflito, familiar ou às vezes até alguma doença secundária que

ele fica exposto a uma tuberculose, alguma coisa e acaba chegando aqui e daí a gente descobre que está envolvido com o uso de substância, uso de álcool. (entrevistado 8)

“Então geralmente quando é questão de um familiar que vem trazer essa queixa do paciente a gente tenta agendar o paciente como se fosse uma consulta de rotina e tenta abordar isso dentro da consulta. Mas em alguns

casos, o paciente ainda está naquela fase de negação né? Aí, é quando assim, a gente tenta aplicar o Cage que é o questionário de álcool e, às vezes, o Fagerstrom que é o de tabagismo. As principais queixas que eles trazem é fraqueza, tontura e falta de apetite. (entrevistado 12)

A maioria das demandas não está relacionada ao desejo de cessar o vício e, em geral, a busca por atendimento se dá por alguma complicação. Os problemas relacionados a questões odontológicas fazem com que o usuário procure a unidade com mais frequência no momento de dor aguda e, outra possibilidade, está na autoestima proporcionada pelas próteses dentárias (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019).

Essas duas situações corriqueiras em unidade de saúde está a grande oportunidade de estabelecimento de vínculo. Mas, para ser efetivo, a equipe de saúde bucal precisa estar alinhada com a equipe de saúde da família (Ibidem, 2019).

Não, é porque como a gente fica lá no odonto, daí é só perguntar mesmo na anamnese e tal e orientar ele no caso de algum acompanhamento aqui na unidade, mas assim, não, eu não fico integralmente acolhendo esses casos dessas pessoas, né! A gente pergunta se tem ou se usa, né. Álcool, outras drogas, só para gente poder ter uma segurança no tratamento mesmo. Mas a gente não faz nada mais do que isso, além de perguntar para incluir na ficha. (entrevistado 2)

Eu sigo o instrumento de anamnese que é o que foi já validado pelo CRO, uma das perguntas está relacionada se o paciente utiliza substâncias, se ele possui algum tipo de dependência química, por exemplo. Então na maioria dos casos há necessidades de exodontias, que são as extrações dentárias. Em alguns casos pulpites, que são inflamações no interior do dente que causam a necessidade e indicação ao tratamento ortodôntico que é o tratamento do canal e, em alguns casos, abscessos periodontais também. (entrevistado 7)

É possível observar nas falas da equipe de saúde bucal o distanciamento que eles possuem em relação aos outros profissionais da unidade, e é evidente como cada profissional atua de maneira diferente na forma de acolher e identificar as necessidades e ofertar o tratamento para esses usuários.

Em termos de intervenções, a maioria dos entrevistados indicou que seria por meio de consultas médicas e encaminhamentos, apenas um entrevistado mencionou um grupo de tabagismo ativo. Não foi mencionado nenhum outro grupo específico para usuários de álcool e outras drogas e nem a utilização de algum fluxograma/planejamento para os atendimentos destinados a essa população.

Olha, eu acredito que especificamente para eles não tem. E a gente faz o que a gente consegue fazer aqui na unidade né, dar o nosso suporte, tenta ver também com a família para ter esse apoio, essa rede de apoio e os encaminhamentos que forem necessários. São encaminhamentos que acontecem geralmente para outros pacientes também, que a gente aciona os

órgãos do CRAS e o CAPS também depender né! Que aqui, pelo menos alguns casos que eu já vi, foram oferecidos a questão do CAPS e aí fica a critério também do paciente né! Por exemplo, a gente tem paciente que não quer de forma alguma ir para o CAPS, ele aceita que a gente faça o acompanhamento dele aqui mesmo na unidade. Aqui a gente tenta fazer a redução de danos assim. Conforme a gente vai vendo que o paciente está aderindo ou não, mas a gente tenta implementar que ele comece a fazer a redução de danos. Então, a gente tenta ofertar o máximo assim dos atendimentos. Por exemplo, oferecer atendimento com fisioterapeuta, dentista e com a equipe em geral. (entrevistado 1)

Primeiramente acolhemos. Acredito que a gente primeiro tem que acolher e tentar resolver, mandar para um abrigo ou medicação, ou com alimento. Dentro da unidade que eu conheço, não tem nada específico para essa população. (entrevistado 3)

Alguns pacientes têm a vontade de parar e a gente encaminha para alguns setores que acolhem eles. Geralmente são nas casas, ou em algumas instituições. Outros também tem o CAPS. Tem um paciente meu que ele até teve internação compulsória. Porque ele faz uso de longa data, morava sozinho, não tinha recursos sanitários na casa e vivia de doações. Então assim varia de cada caso, daí não tinha apoio familiar, aí nesses casos a gente tenta um contato mais direto com o CAPS. A gente até tentou antes dessa internação compulsória, a gente até tentou conversar com ele, porque ele já era um paciente idoso, tinha sessenta e poucos anos. E a gente tentou deixar ele numa casa né, para parar com o uso do álcool, mas ele não queria, queria ficar na casa dele, mesmo sendo cadeirante, então assim não tinha apoio familiar, ele falava que tinha os filhos dele, mas os filhos dele não via ele e aí teve essa internação compulsória que daí simplesmente apareceram na casa dele pegaram ele, trouxeram pro CRS até que ele pudesse ir para o CAPS AD. (entrevistado 5)

É, existe a opção do matriciamento assistencial do NASF, quando é identificado que em alguns casos não só o tratamento odontológico é o que basta para tentar sanar o ciclo de problemas que o paciente possui, mas que quando, por exemplo, existe necessidade de tratar o vício para poder trabalhar alguma coisa relacionada ao autocuidado, existe a opção de você desenvolver o matriciamento assistencial com outros profissionais que acompanham a equipe multiprofissional e também ao NASF e aí, nesses casos, é feita a discussão de caso com a equipe e, em alguns casos, a utilização de algumas ferramentas como o PTS por exemplo. (entrevistado 7)

Na unidade tem o segmento em saúde multiprofissional. Então a gente compartilha com a assistência social, que se for candidato a uma residência terapêutica, a assistente social ajuda a gente nesse encaminhamento, se for o caso. O acompanhamento em saúde com a equipe também é programado, ele vem para a consulta. A gente tem o grupo de tabagismo, né. Para os pacientes que fazem uso de tabaco, a gente está com um grupo em andamento, né. No momento, tem programação para abrir mais. Se for uso de alguma outra droga que não se encaixa no de tabagismo, fazemos acompanhamento com a equipe, pode fazer tratamento medicamentoso, tem psicólogo na unidade disponível também, tem outras equipes multiprofissionais também, enfim, tem várias alternativas. Depende de cada caso, e se for, por exemplo, um paciente tem uma hepatopatia, uma gastropatia relacionada ao álcool, tem até interconsulta com o gastro, agora via tele consulta. Então ele pode aqui mesmo ser consultado e acompanhado. (entrevistado 8)

Não existe. Normalmente o primeiro atendimento se dá pelo serviço social e a gente compartilha com a equipe. E aí, dessa forma, a gente identifica as

demandas, se forem demandas que precisam passar por atendimento naquele momento, ou médico ou enfermeiro, ou se é só uma questão social a gente tenta articular com as outras políticas que atende pessoas em situação, normalmente eles estão em situação de rua, os que chegam aqui. (entrevistado 10)

A gente tem o primeiro atendimento, né! Há o acolhimento, a coleta do caso e aí, dependendo do caso, os desdobramentos e quando for necessário, a intervenção do serviço social, né! Pela equipe do NASF a gente pode fazer um encaminhamento para o psicólogo de acordo com o que a equipe analisar. E aí, fora isso, os encaminhamentos para o serviço especializado né? O encaminhamento para o CAPS, para álcool e drogas, e o encaminhamento para outras consultas da rede e psiquiatria também. Então depende de cada caso. (entrevistado 14)

Então é complicado para gente só ter um CAPS AD aqui em Campo Grande né! O ideal seria a gente estar encaminhando para acompanhamento lá com eles, a gente tenta sempre estar acompanhando, vendo as demandas, porque isso é um problema de família né! A gente tem que pensar não só no indivíduo, mas na família toda que o envolve, né! O ideal é a gente está tentando trazer eles para próximo da gente e eu uso muito os acs como ferramenta para estar acompanhando como está sendo, se está tendo alguma dificuldade, se tem alguma demanda, até porque esses usuários também, quando precisam, vem atrás do ACS quando tem alguma demandasabe! (entrevistado 15)

Não. O que a gente tem é que fazer a oferta para queixa pontual e, assim, a abordagem em relação a cessar o uso de drogas ou de álcool, eu vejo que é mínima, só quando o paciente tem interesse que a gente estimula e tenta fazer o máximo para o colocar em uma instituição. (entrevistado 18)

A fala do entrevistado 15 reforça a importância da equipe multiprofissional e a valorização dos ACS. Amarante (2007) cita uma pesquisa realizada em São Paulo com os ACS que evidencia o profissional como pilar importante nessa atuação, não só nos acompanhamentos dos casos, mas com na identificação de casos de forma precoce, assim muitas vezes evitando o encaminhamento para atenção especializada, diminuindo a medicalização e a espera para um atendimento adequado. A figura do ACS é o que liga a USF ao meio social, se aproximando ainda mais da comunidade com saberes populares, reconhecimento do território e recursos ofertados dentro da comunidade.

Amarante (2007) afirma que a educação continuada, os estudos de casos e a troca com os profissionais da equipe, tornam os ACS responsáveis e mais motivados, trazendo o olhar de pertencimento e não de auxiliares da equipe de saúde da família, tornando assim o seu papel cada vez mais eficiente na busca e acompanhamento desses usuários.

A política do ministério da saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas reforça que o acolhimento, a escuta, o suporte e o esclarecimento preventivo ou durante o tratamento, sejam realizadas na comunidade, com ações e

educação em saúde voltados para população, e o principal meio para a prática desses cuidados é na APS (ABREU; MARINHO; JOMAR, 2017).

Farias et al. (2019) afirma que os atendimentos prestados na APS para usuários de álcool e outras drogas amplia a oferta de cuidados, oferecendo um atendimento mais digno e com mais qualidade, por uma equipe multiprofissional apta a identificar, intervir e acompanhar o indivíduo e os seus familiares.

Uma ferramenta importante que deve ser usada pela equipe multiprofissional da USF é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), possibilitando um cuidado integral à saúde do usuário e seus familiares. Essa ferramenta é fundamental para sair do atendimento biomédico focado na doença e ter um olhar para o seu meio social, familiar, fornecendo um cuidado integral, humanizado e com maior possibilidade de vínculo com o usuário. Saindo da lógica de tratamento de abstinência e partindo para o foco em redução de danos (RAIZER et al., 2020).

Apenas um dos entrevistados cita a utilização da construção do PTS.

Olha, especificamente na odontologia, em alguns casos quando o paciente é faltoso e a gente precisa realizar a busca ativa, familiar, ele acaba sendo um ator participativo para poder desenvolver esse estímulo a continuidade do cuidado. Em outros casos, quando existe a necessidade de mobilização familiar, o projeto terapêutico através da construção de genogramas ele acaba favorecendo a identificação do papel desses outros membros. (entrevistado 7)

Um dos desafios da construção do PTS, é o vínculo familiar que na maioria das vezes encontra-se rompido, ou o usuário vem de uma família que se encontra em vulnerabilidade e também são usuários de alguma substância.

Silva e Peres (2014) em seus estudos afirmam que acesso às drogas geralmente inicia dentro da família com o consumo de álcool, onde os familiares não identificam o álcool como uma droga capaz de viciar e trazer prejuízos à saúde.

Nacamura et al. (2020) salientam que uma das consequências negativas do uso de drogas, está o rompimento do vínculo familiar, pois a família se sente desamparada com a falta de recursos para o tratamento, a negação do familiar em aceitar sua condição, pensamentos estigmatizados pela religião e as recaídas, favorecem para o desamparamento.

Ibidem. (2020) apontam que a família exerce um papel primordial na assistência ao tratamento do seu familiar, e devido a isso, a família também necessita cuidados, tendo uma preocupação dos serviços de saúde.

É necessário compreender que a participação da família é essencial para a

adesão e continuidade do tratamento, porém, o familiar também deve ser visto como alguém que necessita de cuidados, porque geralmente são pessoas que fazem o trabalho de cuidar.

São pais, irmãos, esposas e filhos que deixam de cuidar de si próprios para se dedicar a esse familiar, e muitas vezes esses cuidadores acabam vivenciando situações de violência e sofrendo por questões emocionais, o que pode resultar nesse rompimento de laços.

As ações devem ser realizadas pensando nos familiares ofertando os cuidados necessários e esclarecimento que aquele indivíduo possui uma doença desencadeada por vários fatores, que haverá recaídas e o tratamento irá demandar talvez um longo período e o apoio da família poderá auxiliar para a descoberta da raiz desse problema.

É fundamental acolher essa família, promover o autocuidado que acaba sendo negligenciado devido às situações de crises do dependente de álcool ou outras drogas. A aproximação com a família auxiliará o profissional na elaboração do PTS, então é preciso olhar para essas famílias como pessoas que também necessitam de cuidados e desenvolver ações que as aproximem da unidade de saúde.

Não. Porque a gente tenta fazer assim é tentar conversar com a família para analisar como é que eles veem a pessoa nessa condição atual, né! E aí pelo menos nas experiências que a gente teve aqui na unidade, é a família se preocupa, porém, não tem digamos assim, força para dar acompanhamento certinho e tudo mais. Geralmente tem um atrito muito grande com a família. Já tem essa dificuldade do laço da família já rompido. (entrevistado 1)

A gente tenta, mas esses casos assim são muito difíceis. Eu tenho também uma outra paciente que ela também tem um transtorno mental, mas que sofre violência doméstica, diz que não tem outros apoios familiares. Então, assim a gente identifica em cada caso um caso né! Cada caso é um probleminha diferente, tanto é que esse paciente cadeirante teve um problema na cadeira de rodas dele. A gente enviou todas as coisas para pedir no SISREG, saiu para ele buscar, só que é claro ele estava internado no CAPS AD. E aí a gente tentou entrar em contato com algum familiar para buscar para ele não ficar só com aquela cadeira de rodas que nem consegue andar. Não foi. Então assim é difícil. (entrevistado 5)

Sim, quando eles vêm acompanhando, sim, mas nem sempre eles vêm acompanhados da família. Normalmente eu tento que chamar o familiar para passar em consulta junto. E se der, o familiar que está mais envolvido, a gente tenta agendar, às vezes, alguma consulta com psicólogo, para tentar encorajar, porque normalmente o familiar já sofreu muito também com o paciente. (entrevistado 9)

Então aqui na unidade é muito fraco isso, normalmente a gente não faz contato com a família. A não ser quando o usuário pede para a gente fazer esse contato, mas normalmente a gente não faz. Agora, na emergência, normalmente a gente tenta ver essa questão da rede, né! Até porque se ele permanecer aguardando vaga, daí a gente tenta fortalecer essa rede de

apoio. Na unidade não existe nenhuma intervenção específica. (entrevistado 10)

Então, não é algo muito rotineiro, né! A gente vê que não é sempre que a família é colocada junto nesse processo, mas sempre eu tento que englobar eles porque são potencializadores desse acompanhamento. Não adianta nada identificar pactuando com o usuário algumas coisas e no fim a família não está ciente disso, não cooperar, não ser um desse apoio que a pessoa precisa durante esse acompanhamento. Então eu sempre tento estar o máximo possível colocando a família junto para esse acompanhamento. Tem muito preconceito por parte da família também, de às vezes acha que ele está fazendo o abuso de álcool e drogas por questão moral sabe! Que ele não é não é forte o suficiente para superar aquilo, ou que é um preguiçoso, ou que é um vagabundo, e não entende que é uma pessoa doente como qualquer outra, que precisa de tratamento, acompanhamento, porque você não pega alguém que é diabético e trata mal porque está diabético, durante o tratamento você vai lá, colhe ajuda. Então eu sinto que algumas vezes falta muito na família essa questão da empatia, de entender que é uma doença como qualquer outra. (entrevistado 15)

Sim, durante o atendimento domiciliar, a equipe busca ir no domicílio para entender melhor o contexto social, o contexto familiar e tentar também fazer com que a família participe. Muitas vezes a gente não tem adesão ou muitas vezes também a pessoa reside sozinha e a gente tenta às vezes trazer, convidar familiares e rede de apoio, mesmo que não resida com a pessoa. É, tem uma boa adesão, mas principalmente os idosos, a gente percebe uma dificuldade com os filhos, até mesmo encontrar os filhos na residência. No caso do idoso, vou contar uma situação que vivenciei; para a família, a idosa estava entrando em uma situação de demência e eles julgavam que por isso ela estava tendo aquele tipo de comportamento. Então eles eram bastante resistentes a entender, porque assim o profissional avaliou, o médico avaliou, o psicólogo avaliou, o paciente passou por toda a equipe e chegou-se a uma conclusão, mas a família não aceitava mesmo todos os profissionais explicando que aquilo ali não era demência, mas era um conflito entre eles mesmo. Então a gente tem essa dificuldade, muitas vezes de um conflito de convivência e os filhos ou familiares querem impor uma doença, uma patologia e não é esse o caso. (entrevistado 19)

Diante do questionamento das dificuldades encontradas para estabelecer o vínculo com os usuários, os profissionais apontaram o preconceito e o estigma dos próprios colegas de profissão, outra barreira são os estigmas vindo dos familiares.

Malvezzi e Nascimento (2018) afirmam que mesmo após a criação de políticas públicas para álcool e drogas e investimentos na capacitação de profissionais, ainda existe uma resistência no pensamento estigmatizado e no tratamento biomédico pelos profissionais de saúde, dificultando a criação do vínculo e muitas vezes oferecendo um atendimento desumanizado.

Os autores Silva e Peres (2014) afirmam que os atendimentos prestados são envoltos em estigmas e preconceitos, e persiste a falta de capacitação, como o principal eixo de dificuldades no atendimento. E reafirma que o meio cultural e os estigmas criados ainda existem, e com a falta de capacitação dos profissionais, justificam a falta de ações e projetos nas comunidades atendidas.

Olha, a meu ver, hoje a dificuldade principalmente é pelo ACS. Quando o agente comunitário não tem um bom vínculo, assim dos casos que a gente já atendeu, quando não existe um bom vínculo do agente comunitário com essa pessoa, essa família. E ele não tem e não facilita esse vínculo, mas eu acho que, a meu ver, isso possa ser alguma discriminação assim, mesmo pessoal ou algum preconceito sabe! (entrevistado 1)

É que às vezes eles também não querem ficar, né? Eles querem ajuda, ali naquele momento, e às vezes também fogem da unidade quando estão em atendimento, não esperam, não tem paciência, não é paciência também que a gente fala, né! Porque são usuários de drogas, tem a fissura de estar usando droga, quer de todo jeito usar, então por isso acaba não ficando, e também se vão para algum abrigo, às vezes eles também fogem. Então essas são as principais dificuldades que temos para manter esse pessoal. Dificuldade de eles realmente aderirem ao porquê conseguir ficar ali né! Para realmente sair dessa vida, mas a gente sabe que é difícil. (entrevistado 3)

Eu acho que a falta de comunicação mesmo entre a equipe, porque mesmo que tenha a reunião semanal, às vezes o profissional médico não participa ou chega atrasado. Então assim eu diria que a comunicação é bem difícil a equipe médica mesmo acho que isso dificulta o vínculo com os pacientes também. Dificulta o acompanhamento, né! A questão da longitudinalidade do paciente em si. (entrevistado 5)

Eu não sei te dizer os motivos deles não aderirem ao tratamento. Se for relacionado ao grupo eu diria algo relacionado ao tempo que tem que ter para participar, às vezes o horário do grupo que ele está não tem disponível profissionais mais capacitados para fazer esse tipo de atendimento, já que temos poucos, principalmente para o grupo de tabagismo. (entrevistado 6)

Eu acredito que uma das causas é a distância. Antigamente nós tínhamos um uma casa de apoio que era localizada aqui na região da Itatiaia em que existia uma certa proximidade em relação a unidade. Mas ela acabou sendo alocada para a região do Estrela Dalva e em outros locais eles acabam desenvolvendo em outras regiões como no centro, por exemplo. Então a

distância para o deslocamento do paciente, acaba sendo um fator que pode dificultar essa continuidade. Especificamente em relação a odontologia, é uma opinião minha, mas eu percebo que em alguns casos eles tenham um certo temor, receio das intervenções com anestesia e isso acaba, em alguns casos, prejudicando o estabelecimento de vínculo para eles continuarem esse tratamento. (entrevistado 7)

Acho que quando o paciente faz uso de álcool, o vínculo é facilitado, até porque às vezes o usuário de álcool tem uma vida “entre aspas” normal, né! No trabalho, tem uma residência fixa, né! E às vezes ele mesmo demora a entender o quanto ele depende, o quanto ele faz uso abusivo daquela substância. Mas principalmente temos dificuldade de vínculo com pacientes que fazem uso de pasta base, de cocaína, são pacientes que mudam muito de residência, às vezes passam períodos em situação de rua, às vezes eles tem bons períodos de acompanhamento que eles vêm e fazem tudo e às vezes eles somem, desaparecem, é difícil de encontrar eles, quando você vai puxar no sistema todo que eles estão em outras unidades, aí depois volta, tem que começar o tratamento, então acho que a principal dificuldade é essa, as flutuações, as recaídas, que fazem parte, né! (entrevistado 8)

Eu acredito que principalmente a instabilidade de moradia fixa. Normalmente eles não têm moradia fixa, o usuário mais pesado, vamos dizer assim. E fica muito difícil a gente acompanhar eles no território porque às vezes eles estão

na casa de algum irmão e, de repente, esse irmão não aceita mais, ele se muda e a gente perde o seguimento e os usuários não voltam. Uma abordagem mais estigmatizada dos profissionais, dizendo assim, fulano que usa crack está aí de novo. (entrevistado 9)

Eu acho que é estigma, se for família aí muda muito o perfil. Com as famílias que a gente acompanhou no território, eu vejo a maior dificuldade de um estigma. Por exemplo, essa semana eu atendi uma mãe que ela, nesse tempo inteiro, se referia aqui que é tudo um estigma, eu na escuta até falei que talvez ela não precise falar disso agora, só se preocupar com o atendimento do filho, então acho que o estigma é muito grande. Em situação de rua, eu acho que é o preconceito, acho que são as maiores barreiras. Porque se a gente não está aqui, por exemplo, ontem eu saí, aí tipo fica todomundo atrás de mim sabe! Então assim acaba que, se a gente não tiver aqui, todo mundo é profissional da unidade, todo mundo consegue dar o seguimento ou deveria, saber. O estigma e o preconceito do profissional é quando se encontram em situação de rua, muitos profissionais tem preconceito mesmo, as famílias quando é família do nosso território a grandemaioria é o próprio familiar que tem muito preconceito porque já está com vício, está com uso abusivos, então a pessoa ela tem esse preconceito, mas o próprio familiar quando é daqui da geralmente. As duas famílias que estou acompanhando, a família tem preconceito, já acha que vai virar marginal, digamos assim. (entrevistado 11)

Acho que a marginalização que eles enfrentam dos próprios profissionais e a dificuldade de ter um fluxo específico, por mais que a gente reconheça esse caso, eu mesma não sei como atuar. (entrevistado 13)

Primeiro a questão do preconceito. Tanto dos profissionais envolvidos quanto do próprio paciente às vezes de não se aceitar doente, de entender que isso é ruim e alguns profissionais não entendem que isso é uma doença, isso é uma demanda de saúde mental, né! Então isso aí é uma grande dificuldade além, de um protocolo né! Para esse tipo de cuidado. (entrevistado 14)

É porque às vezes eles nem lembram da gente, sabe? É muito difícil eles lembrarem, tem paciente que eu já atendi várias vezes o mesmo paciente eu vejo na planilha que geralmente vem na planilha da escuta, está ali eu sei quem são, mas eles não conseguem lembrar da gente. Então é difícil ter esse

vínculo, eu acho que eles têm a referência ao serviço social porque é referência em qualquer lugar para essa situação. Eu penso, sabe? Mas vínculo mesmo eu não vejo. E a portinha agora está ficando aberta do outro lado. Então eles ficam deitados aqui no corredor, então é passagem. (entrevistado 17)

“A estrutura física, acho que aqui nessa unidade ela desfavorece muito, e não permite, não tem algum ambiente que se consiga fazer um contato mais individualizado, né! E as salas são o tempo todo acionadas por outros profissionais que entram e fazem perguntas e conversam e pegam documentos. Então, os atendimentos não conseguem ter uma privacidade, como deveria ter para alguns casos, né! Isso não vale só para o caso de abuso de álcool ou de drogas, mas vale para N outros casos, né. Que são atinentes ao serviço, por exemplo, questões uroginecológicas, então é bem complicado qualquer assunto que seja mais delicado para o paciente. E acho que o principal ponto, o principal obstáculo seria a estrutura física mesmo. (entrevistado 20)

A falta de capacitação também é citada pelos profissionais, o que mais uma vez corrobora para dificuldade de criação de vínculos, elaboração de ações, de fluxo

e instrumentos de trabalho. A falta de capacitação atrelada a nossa política que ora oferece o tratamento com base em redução de danos e ora sofre um retrocesso como em 2019 com decreto 4.345/2002 revogado pelo decreto 9761/2019 (BRASIL, 2019, p. 7) que de maneira sucinta estabelece a abstinência como única forma de tratamento ao usuário de drogas.

Com todos esses desafios encontrados pelos profissionais, predominam a sensação de impotência diante dos casos, frustração, tristeza, falta de capacitação, de recursos e políticas efetivas. Existe a vontade de fazer mais, porém esbarram na insegurança e na falta de instrumentos para nortear seus atendimentos.

O sentimento é de tristeza, ver uma pessoa numa situação dessa é triste. Porque a gente não quer isso para ninguém, nem para nenhuma pessoa. Então o sentimento de tristeza e de querer fazer alguma coisa para ajudar. (entrevistado 3)

Meu sentimento é para poder contribuir com a promoção da saúde, com a prevenção de doenças, e nesses casos dessa população, eles acabam sendo vítimas de iniquidades sociais, né! Muitas vezes a gente no primeiro momento encontra pessoas que possam julgar, utilizar termos pejorativos. Se você for perceber a construção do que determinou o desenvolvimento da dependência química, você vai encontrar outros determinantes, como a pobreza e o desemprego. Então, em alguns casos, eu como profissional da saúde, talvez eu não consiga solucionar, mas eu posso ser uma peça que pode minimizar o sofrimento e contribuir para a promoção da saúde bucal. Então meu sentimento é de pode ajudar, de contribuir para de alguma forma diminuir o sofrimento. (entrevistado 7)

Ah depende, quando é em situação de rua acaba que dá uma frustração por causa da barreira nos outros atendimentos. Sabe, a gente pede e consegue a vaga, mas a pessoa fica aqui três dias aguardando, isso é desumano, sabe! E assim é a assistência social que estamos fazendo, então assim é

completamente contraditório. Agora aqui na unidade, acaba que eu não tenho, por que eu articulo tudo, então eu consigo, então eu tenho até um sentimento satisfação, porque é difícil alguém resistir no atendimento, porque a gente articula mesmo, articula os testes, articula se tiver alguma demanda de dor, passa pela equipe, a gente consegue articular a vaga para ser acolhido, então assim a gente consegue fazer tudo. A questão de barreira é só após aqui. (entrevistado 11)

É uma população que eu particularmente gosto de trabalhar, eu gosto de trabalhar com casos mais vulneráveis, mas pelo meu perfil profissional, não tem nada específico, é porque eu gosto. Eu acho que a minha profissão é relevante para o tratamento pois é um tratamento multifatorial, né! Mas acredito que o esporte, não só o esporte e a atividade física, a funcionalidade pode contribuir no processo terapêutico. (entrevistado 13)

Cara, é uma sensação de abandono da própria pessoa. É uma sensação de fuga dela, de ter desistido dela e isso pesa bastante, a gente como todo profissional tem vivência pessoal, né! De alguma forma ligado a isso. Então é muito ruim ver a pessoa não enxergar que está destruindo a família, não enxergar que está destruindo a própria vida, né! É uma fuga para ela, uma dor tão grande que ela precisa fugir disso. Então ela me incomoda bastante. (entrevistado 14)

Eu sinto que eu queria ser mais bem preparado para atender ele, sabe! Eu queria conseguir ter mais conhecimento para resolver essas demandas deles que são bem variadas, pelo menos na minha visão, como eu disse, a maioria são de questões de saúde mental e que, até para própria questão de saúde mental, é uma demanda difícil de lidar numa atenção básica, né! (entrevistado 15)

Olha não me sinto totalmente capacitada para atender essa população, e o sentimento que eu tenho é que também não têm continuidade do cuidado. É tranquilo, eu só fico assim meio frustrada com relação à continuidade mesmo e também a maioria, como eu te falei, vem com seus familiares, então eles não querem e acabam não aderindo às orientações nem nada. (entrevistado 16)

Que cresceu muito e muitas vezes a gente não consegue dar uma assistência melhor por muitas vezes pelo grande número mesmo, hoje depois da pandemia aumentou demais saúde mental, aumentou demais o abuso de drogas ilícitas e a gente não consegue abraçar tudo. Então é mais em relação à questão de recursos humanos mesmo, estrutura, acesso a outras especialidades da rede que às vezes a gente precisa. (entrevistado 19)

Diante do questionamento de como acreditam ser a forma adequada para atender essas demandas, apenas um entrevistado não soube opinar como seria um atendimento adequado, os demais demonstraram suas preocupações e ideias do que poderia ser feito para melhorar a qualidade do atendimento. Os principais eixos apontados são a criação de um fluxo específico, atendimentos em grupos, a oferta de um atendimento realmente multiprofissional, acompanhamento psicológico e a capacitação dos profissionais.

Eu acho que deveria ter um fluxo, né? Específico para essa população. Capacitar os profissionais porque não existe. Pelo menos o tempo que eu estou aqui eu nunca vivenciei essa capacitação, e a gente aprende só mais ali na hora mesmo, se vira com conhecimento assim adquirido durante a vida e acho que a gente tinha que ter uma capacitação específica para essa população. Você se vira ali no que dá, ajuda no que pode e muita das vezes não resolve, né! Isso não é resolutivo. A gente não tem um resultado positivo ali. Resolve ali no momento e a gente sabe que depois ele vai voltar para aquele mundo novamente e vai estar retornando aqui outras vezes, esse ciclo nunca acaba. (entrevistado 3)

Sempre tem como melhorar, difícil é por isso em prática. Eu diria mais apoio multidisciplinar mesmo, mais articulação com os CAPS mesmo, porque muitas das vezes que a gente tenta entrar em contato com o Caps é pelo assistente social, a gente não consegue acompanhar de perto. Por exemplo, a equipe médica consegue fazer o acompanhamento com o psiquiatra do CAPS, mas a gente da enfermagem já não consegue fazer esse acompanhamento, em tese não consigo fazer consulta compartilhada com o psiquiatra do CAPS, fica restrito somente ao médico, que muitas vezes não passa. A única contra referência que eu tive ainda mais ou menos, assim meia boca, o CAPS AD entrou em contato comigo pela assistente social também porque queriam mandar o paciente novamente em domicílio, que é uma casa totalmente insalubre, não tem energia, não tem água, vive de

doação. E aí a gente explicou a vulnerabilidade dele, tanto é que não tem nem apoio familiar, é inviável eles tirarem lá do CAPS AD e mandarem para um lugar que é totalmente insalubre. É a única coisa que a gente teve, até então não foi repassado mais nada, se resolveram institucionalizar ele em algum lugar, se ele permanece no CAPS AD, isso não foi me passado. (entrevistado 5)

Assim, nossa unidade em si tem um grande problema de fluxo e espaço, então às vezes para fazer um acolhimento mais efetivo com mais tempo e com mais calma, talvez precisássemos de um local melhor que por si já é difícil, né! Então na escuta o paciente fica esperando por bastante tempo, às vezes no consultório fica esperando um tempo para ser atendido, se é uma pessoa que não está tão motivada a passar por essa consulta e se ela não tiver alguém junto com ela, ela já vai ficando menos motivada e eu também queria ter mais consultórios, porque quando a pessoa vem no começo, ela precisa de acompanhamento mais frequente, já aconteceu na minha equipe de a gente entrar com medicação para ver se a pessoa diminuísse o uso de substâncias e daí a gente pedir para a pessoa vir todo dia para gente dar um por dia, para a pessoa não fazer uso abusivo da medicação e não trocar. Então se a gente tivesse mais consultório para fazer esse processo com mais tempo, ouvi mais a pessoa e com mais calma, talvez entender melhor as demandas dela, talvez isso fosse importante e talvez isso até se a gente tivesse uma programação assim de educação em saúde para a própria população, para os interessados talvez ajudasse, um grupo de apoio para os familiares se fosse o caso talvez ajudaria, enfim. (entrevistado 8)

Eu acho que deveria ter um fluxo estabelecido para acolher esses pacientes na unidade, deveria ter mais profissionais da psicologia porque a gente tem só uma psicóloga do NASF que vem duas vezes por semana, então se a gente tivesse uma equipe para acolher esse um fluxo ou um grupo de usuários seria ideal, porque daí a gente separaria uma enfermeira, um técnico para acolher e um médico para acompanhar esses casos. (entrevistado 9)

Primeiro a humanização, tipo a questão da sensibilidade da equipe. Antes a gente tinha mais dificuldade, hoje a gente já mudou um pouquinho esse cenário, hoje a gente já tem uma equipe mais sensível para atender, mas eu acho que essa questão do compromisso. A gente estava até falando assim,

por exemplo, esses dias a gente teve uma experiência de dois que ficaram ali três dias, mas não foi por conta da falta de oferta, de contato, de articulação, mas muitas vezes o serviço que é específico para atendimento da população viola o direito dela. Então seriam políticas que realmente efetiva o direito da pessoa com dependência sabe, não só na unidade de saúde, mas da rede toda. (entrevistado 10)

Articulado de verdade, assim uma articulação em rede mesmo, assim é bonitinho a gente tem que ordenar e coordenar, mas assim ela não acontece, então o que eu acho é que precisa realmente essa articulação sabe de funcionar mesmo, da gente solicitar e não expor o usuário a isso de esperar aqui porque principalmente nesses de álcool e drogas é uma coisa que é passageira igual tabagismo, é rápido é para agora, tem que ser agora a intervenção, aí em dois dias de espera você desiste, meia hora já desiste. Então eu acho que precisa de uma real efetividade, assim de articulação, não só na saúde, mas também na assistência e política, né! (entrevistado 11)

Se a gente falar de atendimento em uma unidade de saúde da família, a gente pensa num atendimento multiprofissional. A gente fala muito sobre isso, mas a grande real é que muitas vezes isso não é aplicado para a maioria dos pacientes. Mas esse perfil de paciente é o que mais precisa de cuidado multiprofissional e que a gente tem várias áreas do saber, para trazer o que

pode ser usado para esse paciente e o trabalho de forma integral, identificar não só o que ele traz ali, mas tudo que pode estar de alguma forma relacionada, às vezes o consumo do álcool pode ser uma fuga, uma consequência de alguma situação ou às vezes pode ser a origem de alguma situação e esse atendimento integral que vai conseguir buscar identificar os fatores relacionados ao consumo excessivo da substância de álcool ou outras drogas. (entrevistado 20)

Apesar dos profissionais identificar as necessidades de saúde destes usuários e apontarem suas sugestões, é possível destacar que algumas poderiam partir dos próprios profissionais, como a elaboração de grupos, mas isso não acontece talvez devido à falta de capacitação, ou falta de uma rede de apoio que auxilie as ações e até mesmo a falta de estrutura na unidade.

Podemos destacar algumas falas relevantes dos entrevistados, que enfatizam que o atendimento pode ser feito por qualquer profissional, e não direcionado somente a uma categoria específica.

Durante as entrevistas, é possível notar que o papel do serviço social é muito importante e reconhecido pelos profissionais da unidade, os tornando como referência nos atendimentos desses casos. Ter profissionais empenhados, sabem articular muito bem, traz efetividade para o tratamento, mas o que não pode haver é essa dependência, todo profissional deve ser capaz de acolher essas demandas e realizar um atendimento multiprofissional.

O, autores Farias et al. (2019) em sua pesquisa afirma que todos os profissionais da equipe devem estar capacitados para acolher e prestar os atendimentos iniciais e posteriormente encaminhar o usuário a outro serviço caso seja necessário (FARIAS et al., 2019).

(..) Em situação de rua, eu acho que é o preconceito que são as maiores barreiras. Porque se a gente não está aqui, por exemplo, ontem eu saí. Aí tipo fica todo mundo atrás de mim sabe? Então assim acaba que se a gente não tiver aqui? Todo mundo é profissional da unidade, todo mundo consegue dar o segmento ou deveria, saber. O estigma e o preconceito do profissional é quando encontram pacientes em situação de rua, muitos profissionais tem preconceito mesmo, as famílias, quando é família do nosso território, na grande maioria é o próprio familiar que tem muito preconceito porque já está com vício, está com uso abusivos, então a pessoa ela tem esse preconceito, mas o próprio familiar quando é daqui dá geralmente. As duas famílias que estou acompanhando, a família tem preconceito, já acha que vai virar marginal, digamos assim. (entrevistado 11)

Os testes rápidos que a gente já consegue oferecer. Eu acho que o acompanhamento psicológico e o pessoal do serviço social ajudam muito a gente nessa questão. Até porque alguns que realmente querem parar e precisam da intervenção em casa de apoio, elas conseguem agilizar muito. É isso que eu vejo que é o principal diferencial desta unidade, porque nos outros

lugares em que eu trabalhei a gente não tinha essa conversa. Então às vezes você começava o tratamento, mas o paciente não ia dar seguimento porque precisa de internação. Geralmente o que demora às vezes um pouco é a vaga, mas aí esses pacientes esperam aqui no posto para poder serem transferidos e aí já são transportados e se precisarem de algum outro acompanhamento de saúde, já nessas casas de que faz essa intervenção terapêutica e já dá o seguimento. (entrevistado 12)

“É, a gente já fez o atendimento, né? É, mas todo o atendimento em relação ao amparo, todo atendimento em relação a acessar o vício, ele é bem-vindo. Atendimento individual, consulta, atendimento domiciliar, o grupo é uma coisa que eu acredito muito que ajuda bastante, né! É uma coisa que ajuda bastante esses usuários porque eles conseguem se apoiar em outras pessoas, há o atendimento voltado para a saúde mental, né! O atendimento voltado para a saúde mental engloba uma boa conversa com qualquer profissional, então um pouco de atenção que qualquer profissional seja, médico, enfermeiro, qualquer profissional, já ajuda, uma ajuda um pouco mais especializada com o psicólogo, vai inserir ele em atividades para ocupar o tempo, então oficinas, atividades físicas, atividades terapêuticas que a unidade possa oferecer. E tudo isso faz parte do resgate da pessoa, né! Da mesma forma que o grupo de combate ao tabagismo tem uma boa atuação, se a gente tivesse um protocolo que tem que ser maleável, né! Mas um protocolo para atendimento desses pacientes principalmente em grupos com a inserção desse paciente, em qualquer grupo que a unidade tenha, eu tenho certeza que ajuda, já ajudaria bastante. (entrevistado 14)

Então é porque, como a gente tem o CRS, tem bastante gente que fica aqui ao redor, né! Então às vezes eles dormem aqui, aí como tem o serviço social eu vejo que eles procuram bastante o serviço social e a gente encaminha para saber o que a gente faz. Às vezes o serviço social não consegue resolver sozinho, aí encaminha para a gente ou para o médico, dependendo da demanda. A “Maria” é uma assistente social que eles procuram bastante para fazer teste rápido também, mas assim não tem tanto acolhimento, é que eles estão aqui eles precisam ele fala que o serviço social ou então eles estão aqui e a gente aproveita e oferta um teste rápido, por exemplo. Geralmente parte mais do serviço social. (entrevistado 18)

A relação de um atendimento multiprofissional não é algo recente, em meados da década de 50 e 60 na França falou-se pela primeira vez na regionalização da assistência psiquiátrica. Dividindo as enfermarias dos hospitais por regiões e após a alta, seriam encaminhados para os centros de saúde mental, sendo assim os pacientes poderiam trocar informações entre si, receber visitas e estariam mais próximos à sociedade (AMARANTE, 2007).

AMARANTE (2007), menciona que a ideia de Lucien Bonnafé tinha outro aspecto relevante: o tratamento tornou-se multiprofissional, deixou de ser exclusivo do médico psiquiatra. Após a alta hospitalar, a equipe responsável deveria continuar o acompanhamento, assim fortalecendo o vínculo com esse paciente e oferecendo a continuidade do tratamento.

Se analisarmos as ideias de Bonnafé e as trouxermos para a atualidade, veremos que a ESF é caracterizada pela descentralização, ofertando atendimentos

por territórios adscritos com uma equipe multiprofissional, visando incluir os usuários com a comunidade.

Laport et al. (2016) diz que a ESF surge com intuito ser uma nova estratégia mais eficiente para reorganizar a AB, trazendo como foco atendimentos e cuidados à família e a comunidade, buscando a integração e parcerias com os dispositivos sociais do território, as ações são realizadas segundo as vulnerabilidades encontradas que trazem prejuízos à saúde da comunidade, tornando-se assim a porta de entrada dos usuários na rede de serviços de saúde.

Dos 20 participantes, todos opinaram com uma sugestão para melhoria dos serviços prestados. Mais uma vez fica evidente na fala dos profissionais a necessidade da criação de um fluxo de atendimento, e a urgência de haver capacitação e qualificação dos profissionais atuantes nas USF.

Dentre as sugestões também consta a necessidade de haver uma efetividade no matriciamento com o CAPS AD, e o desafio de existir apenas um CAPS AD, para uma região que se estima ter mais de 900 mil habitantes, conforme os dados do IBGE.

Durante a entrevista houve o questionamento sobre a referência e contra referência e todos os profissionais sinalizaram não haver.

A meu ver, a gente poderia ter capacitações, cursos, educação permanente. Por exemplo, fluxogramas sobre como que a gente vai abordar, desde que o paciente chega na unidade, até a gente conseguir entender o problema dele

e propor as alternativas corretas para tentarmos solucionar da melhor forma, por exemplo, não existe um padrão, ou pelo menos acredito que não, de uma pessoa que vai chegar e como a gente vai manejar, pois cada caso é um caso, só que assim a gente não sabe direito o que a gente vai abordar primeiro, é a redução de danos? A gente vai abordar primeiro a questão da renda da família, tipo assim, a gente não sabe direito por onde começar, como que a gente vai continuar com o tratamento dessa pessoa. Por exemplo, de acordo com as queixas que ele tem, a gente sabe quais são as opções de tratamentos para hipertensão, por exemplo, quais são os exames que a gente solicita, entendeu? A gente tem um roteiro, não significa que a gente vai seguir idealmente aquilo ali, mas pelo menos já é uma base para o que a gente vai fazer. Para implantação acredito que uma parceria com o CAPS, com a rede psicossocial que a gente tem no município, que a gente sabe que desenvolve um trabalho muito bom em relação as residências terapêuticas no CAPS mesmo. Várias coisas assim, como uma rede integrada, a meu ver deveria existir, mais essa parceria das unidades de saúde, ou mesmos de hospitais e pronto atendimento para saber abordar essas pessoas que chegam. (entrevistado 1)

Eu acho que deveria ter um fluxo específico né, para esse tipo de atendimento e tentar, sei lá, criar um, como eu posso dizer, criar ali um sistema em que a gente possa resolver a situação desse usuário, né! Um fluxo que possa realmente resolver alguma coisa, encaminhar para algum lugar algum estabelecimento específico também para essa população. A gente sabe que tem os CAPS né! Mas muitas vezes estão cheios não consegue absorver toda

demanda. (entrevistado 3)

Eu acho que se a gente pudesse afinar a questão da parceria entre a unidade e o CAPS. E a gente sabe que tem reuniões mensais de alguns CAPS com algumas equipes e profissionais da unidade, mas a gente também sabe que existe uma certa resistência do profissional da unidade de participar dessas reuniões, ou porque não quer, ou porque a agenda está cheia né, mas afinar mais esse atendimento em grupo e compartilhando as capacitações. Ah, e trabalhar também com os residentes que estão na unidade porque às vezes eles não sabem nem como lidar e acaba ficando mais para o serviço social, para o gerente e às vezes é alguma coisa que a gente também pode ajudar nem que seja no acolhimento desses pacientes. (entrevistado 4)

Mais capacitação e definição de fluxo para fazer esses atendimentos, encaminhamentos ou tipos de atendimentos mais específicos porque hoje em dia, por exemplo, se está com um paciente etilista que precisa de um acompanhamento, tem psicólogo na rede? Não. E se a gente encaminha para CAPS dependendo, eles nem atendem, só se for atendimento grave. Então não existe atendimento psicológico para adultos, eu falo de terapia do mesmo tipo, só eu e você, isso não tem. Tem a psicóloga do NASF, mas ela não faz esse tipo de atendimento, ela faz o atendimento do NASF mesmo que não é esse atendimento contínuo. (entrevistado 6)

Eu acho que deveria ser desenvolvido, uma campanha ao nível dos conselhos de saúde, até mesmo dentro da secretaria municipal de saúde para estimular o acolhimento a essa população, não só pelo serviço de saúde, mas pela população que é um dos casos que, como eu te disse, eles são vistos com preconceito, como pessoas que podem transmitir doenças, que podem agredir as pessoas, e a gente sabe que, na verdade, são pessoas que possuem uma doença e essa doença, como outra doença qualquer, existe tratamento e existe necessidade de acolhimento, tanto pela equipe de saúde quanto pela rede social de apoio. Então acho que seria necessário campanhas para estimular a desconstrução de preconceito, tanto principalmente pela população em geral, mas também, em alguns casos, que os profissionais carregam, então é importante desenvolver isso. Uma vez quebrado esses preconceitos, a partir do momento que essa população pode se sentir acolhida pela equipe e pela comunidade, eu acho que a possibilidade de ela ser uma população que utilize mais o serviço, tende a aumentar. (entrevistado 7)

Acho que essa questão dos grupos de apoio e do fluxo otimizado com mais tempo para essas consultas, talvez fosse legal se pudéssemos fazer um matriciamento com o CAPS AD com mais frequência, que é uma coisa também que eu nunca vi, mas que seria legal se eles viessem aqui e fizessem o matriciamento, o programa de educação continuada sobre álcool e outras drogas com os profissionais, não com os profissionais médicos e enfermeiros, mas com os profissionais de nível técnico também, que tem uma grande preconceito, assim médicos também tem, mas os técnicos têm mais preconceito vamos dizer, assim, na hora de acolher esse paciente e isso dificulta um pouco o vínculo, então com a equipe toda, para todo mundo entender que a pessoa está aqui e a gente precisa acolher ela, como se fosse qualquer outra queixa “mais banal” e com menos tabu. (entrevistado 8)

Na saúde a gente não tem serviços, fluxos. Então seria organização de fluxos, serviços específicos para essa população, hoje a gente tem um CAPS, porém é difícil o acesso, não está dentro do território, uma equipe específica para atendimento. Então isso dificulta muito, não tem essa articulação da rede de saúde, então é muito frágil os serviços para o dependente químico. (entrevistado 10)

A gente precisa de uma rede maior, mais CAPS para acolhimento, mais

comunidades terapêuticas também, mais lugares para conseguir efetivar essa luta contra o AD, principalmente no CAPS. É sempre bom uma educação permanente para os profissionais, acho que deveria ser obrigatório para pagamento de salário e para a sociedade também, porque o preconceito é muito grande. (entrevistado 11)

A ampliação da política, porque só tem um CAPS AD em Campo Grande e as residências terapêuticas para fazer o tratamento. (entrevistado 13)

Tenho que, a primeira coisa acho que seria a sensibilização dos profissionais, alguma capacitação ou alguma forma de sensibilizar esse profissional para entender isso. Entender o que essa pessoa está passando, né! A gente ouve de profissionais que, ah é malandragem, bebe porque quer e tal. E são frases que você ouve que você sabe que agride o usuário, e não é isso, quando a pessoa tem uma dependência não porque ela quer, mas ela precisa fugir de alguma coisa e ela acaba usando desses meios para fugir da própria realidade. A melhora da rede para esse tipo de atendimento, a expansão da rede quando falo, é em relação aos CAPS para álcool e drogas, a gente ter mais unidades especializadas nisso, não só para a gente encaminhar, mas para que tenha um atendimento mais amplo para eles quando houver a necessidade. (entrevistado 14)

Como eu disse na questão do psicólogo disponível para acompanhamento desses usuários, seria fundamental o referenciamento para o CAPS AD é muito difícil, tem um CAPS para Campo Grande inteiro, é um absurdo a gente até hoje estar nessa situação. E até para paciente de saúde mental a gente consegue encaminhar para o CAPS Margarida, eles são acolhidos lá, pode não ser atendido no dia, mas tem um acolhimento lá, agora para pessoal no CAPS AD é bem difícil para a gente conseguir, então eu acho que a gente depende da melhora de muitas políticas públicas para essa população, porque eles estão realmente abandonados aqui em Campo Grande. (entrevistado 15)

Eu sinto que uma capacitação seria ideal, porque eu não sei se eu abordo tudo que tem que ser abordado. Como eu estou falando, é tudo muito voltado para esse sentido de IST's quando eles falam comigo. Uma coisa que vejo que teria que pensar em resolver, é que eu vejo que tem muitos profissionais com muito preconceito, tipo que não quer atender, se recusa, faz pouco caso, mas não acho que isso seria uma capacitação que vai resolver, acho que seria mais o perfil do profissional mesmo, acho que não tem nada que vai resolver, mas é um problema que tem que ser tratado. Só não consigo pensar numa forma de resolver isso, mas é um problema que vejo bastante. (entrevistado 18)

Assim na rede nós temos o quê? Nós temos o CAPS AD, por exemplo, que é muito pouco, eu acho que deveria descentralizar e cada distrito ter uma unidade para suas unidades daquele distrito, para não ficar tudo centralizado no CAPS AD e para a gente ter uma abrangência maior da rede. Temos mais de 60 unidades em Campo Grande para ter um ou dois CAPS, então talvez descentralizar para os distritos e cada distrito ter o seu protocolo de atendimento para suas unidades, com toda a estrutura que precisa, lógico e os grupos em cada unidade né, seus grupos de apoio, grupos de terapias comportamentais, acho que seria uma boa. E também a capacitação como te falei eu sinto a necessidade disso, e acho que poderia ter uma oferta maior dessas capacitações e que o número de vagas também fosse o suficiente para a rede. Não adianta você fazer uma capacitação e ser só um profissional por distrito, afinal nós temos muitas unidades. (entrevistado 19)

Olha, alguma adaptação na estrutura física, como falei aqui, é uma barreira importante como na maioria das unidades que conheço é uma barreira importante. Então uma adaptação na estrutura física para acolher esse

peçoal, poder receber a pessoa que está num quadro de overdose ou num quadro de embriaguez mais acentuado, que ele se sinta mais confortável e fique longe de julgamentos. Então a primeira sugestão seria a estrutura física e a segunda seria as capacitações, trazer gente que entenda do assunto e que ajude o profissional a aprender a acolher e não ficar dependendo, porque quando acontece fica sempre ah, precisa do psicólogo e às vezes não precisa. Não que a profissão não seja necessária, ela é muito necessária, mas tem muitos quadros que não vem de transtornos psicológicos e a gente tendo o mínimo de domínio daquele conhecimento pode ser essencial para determinar o prognóstico mais favorável daquele paciente. Então a capacitação para receber não só esse perfil, mas também outros perfis que não são bem acolhidos nas unidades de saúde. O medo de lidar com a frustração do paciente de você fazer alguma coisa que no seu núcleo não vai ter resultado, mas reconhecer que a gente não trabalha só com nosso núcleo e saber que a gente pode oferecer mais que apenas conteúdos que é da nossa profissão, trazer algo mais abrangente sabendo que você não precisa necessariamente ter, lógico que você não vai conduzir uma consulta psicológica com o paciente, mas você ter algum conhecimento dos transtornos de como o paciente se comporta pode ser essencial para determinar o prognóstico deste paciente. (entrevistado 20)

Amarante (2007) afirma que uma equipe de saúde da família com qualificação e treinamentos sobre a reforma psiquiátrica e sanitária, podem suprimir as demandas de institucionalização. Criando consciência que essas mudanças são processos sociais que objetivam melhorar a assistência a saúde, a promoção da saúde e aumento da consciência da comunidade sobre as questões de saúde mental. Entretanto, além de uma equipe bem treinada, é necessário que essas equipes tenham um apoio matricial para uma melhor condução desses casos. Esse apoio matricial dos profissionais de saúde mental é a retaguarda das equipes de saúde da família e são primordiais para o aumento do êxito nas intervenções, evitando os encaminhamentos para a atenção secundária e terciária.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em tese o objetivo do trabalho foi atingido, a percepção dos profissionais ao atender os usuários de álcool e outras drogas, demonstram em sua maioria profissionais dispostos a atender essa demanda, preocupados, sensibilizados e até mesmo com sentimento de culpa e tristeza por não conseguir dar o suporte que julga necessário.

A dificuldade de planejar e executar ações em saúde para os usuários de álcool e outras drogas, se dá pela falta de um fluxo específico para atendimento dessa população e pela inexistência de instrumentos norteadores para auxiliar os profissionais diante dessas demandas.

Os usuários geralmente não têm uma rede de apoio familiar, por conta do preconceito ou por questões de violências, além disso, os entrevistados afirmam existir muito preconceito de outros profissionais atuantes na unidade. E esses usuários ao buscar atendimento se deparam com profissionais que por conta do estigma não oferecem um acolhimento adequado, por consequência tornam o estabelecimento de vínculo um grande desafio.

Outro desafio destacado na criação do vínculo e à rotatividade dos usuários no território, muitos já se encontram em situação de rua ou não possuem moradia fixa, outro ponto está na dificuldade de acesso à unidade por conta da distância, problemas relacionados a estrutura da unidade que não fornece uma sala adequada para o acolhimento e também uma falha na articulação da própria rede de assistência.

Entretanto, nota se que há uma culpabilização do usuário, visto como uma população que dificilmente irá aderir ao tratamento.

A atuação desses profissionais esbarra em aspectos políticos, que vem sofrendo retrocesso quanto a forma de tratamentos dos usuários de substâncias psicoativas, antes baseada na redução de danos e atualmente pautada na abstinência como única forma de tratamento e profissionais com capacitações insuficientes, o que vai de encontro com os resultados apresentados nas pesquisas bibliográficas mencionadas nesta pesquisa.

É possível notar que mesmo sem as capacitações esses profissionais realizam os atendimentos do modo que julgam ser o correto e enxergam a necessidade de capacitação para ofertar um atendimento de qualidade, para que isso ocorra é necessário que haja investimentos do Estado para fornecer educação permanente aos

profissionais de saúde.

Os profissionais, por fim, citam a efetividade do matriciamento com CAPS AD, a construção de mais CAPS AD e residências terapêuticas como sugestões de melhorias.

A preocupação dos profissionais em direcionar esses usuários para uma atenção especializada é evidente, como se a USF não estivesse habilitada para atender e resolver as questões de usuários de álcool e outras drogas.

É importante salientar que a USF é fundamental para o tratamento desse paciente, pois é o primeiro contato do usuário com a rede de saúde. Para proporcionar um cuidado integral à saúde dos usuários que usam substâncias psicoativas, é indispensável haver a qualificação dos profissionais e gestores, a elaboração de instrumentos de trabalho e a regulamentação de políticas efetivas para o tratamento dessa população.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Karoline Giele Martins de *et al.* Psicologia comunitária: relato de experiência de intervenção com usuários de álcool na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Brasil, v. 55, p. 35-37, 2020. DOI <https://doi.org/10.25248/reas.e3735.2020>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3735>. Acesso em: 28 jun. 2021.

AMARANTE, Paulo. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasil, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120 p. ISBN 978857541353.

BARCELLOS, Warllon de Souza. Políticas Nacional De Drogas: Um Objeto De Intervenção Ao Serviço Social Brasileiro. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, Brasil, ano 2018, v. 16, ed. 1, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/issue/view/938>. Acesso em: 14 jul. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 4345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasil, p.3, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 9761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasil, p. 7, 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm#anexo. Acesso em: 31 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasil, p2, 2006. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/628932/pg-2-secao-1-diario-oficial-da-uniao-doude-09-04-2001>. Acesso em: 16 jun. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 14969, de 3 de setembro de 1921**. Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos. Brasil, 1921. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14969-3-setembro-1921-498564-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 13 jul. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980**. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. Brasil, 1980. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 5726, de 29 de outubro de 1971**. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Brasil, 1971. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5726.htmmimprensa.htm. Acesso em: 19 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 6368, de 21 de outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasil, 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htmmimprensa.htm. Acesso em: 24 jul. 2022.

CG Notícias: Agência Municipal de Notícias de Campo Grande. *In*: **Campo Grande amplia atendimento e proporciona mais dignidade a pessoas em sofrimento mental**. [S.l.], 23 ago. 2022. Disponível em: <https://www.campogrande.ms.gov.br/cgnoticias/noticias/campo-grande-amplia-atendimento-e-proporciona-mais-dignidade-a-pessoas-em-sofrimento-mental/>. Acesso em: 6 mar. 2023.

CNESNET: Secretaria de Atenção à Saúde. *In*: **Classificação de estabelecimentos de saúde: Unidade de Atenção Psicossocial**. [S. l.], 5 mar. 2023. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar_Novo.asp?VTipo=017&VListar=1&VEstado=50&VMun=500270&VComp=00. Acesso em: 6 mar. 2023.

CNESNET: Secretaria de Atenção à Saúde. *In*: **Consulta: Tipo de estabelecimento**. [S.l.], 2023. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=50&VMun=500270&VComp=00&VUni=70. Acesso em: 21 fev. 2023.

CNESNET: Secretaria de Atenção à Saúde. *In*: **Consulta: Indicadores de leito psiquiátrico**. [S. l.], 5 mar. 2023. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VComp=&VUnidade=5002700009792. Acesso em: 6 mar. 2023.

CNESNET: Secretaria de Atenção à Saúde. *In*: **Consulta: Indicadores de leito psiquiátrico**. [S. l.], 5 mar. 2023. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=5002700009725. Acesso em: 6 mar. 2023.

CNESNET: Secretaria de Atenção à Saúde. *In*: **Indicadores de leito psiquiátrico**. [S.l.], 2023. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=47&VTipo_Leito=6&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=. Acesso em: 21 fev. 2023.

COELHO, Heloisa da Veiga; SOARES, Cássia Baldini Soares. Práticas na Atenção Básica voltadas para o consumo prejudicial de drogas. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, p. 111-119, 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/R3mHhQ4pXsWDWDqvbRs3Qqf/?lang=en>. Acesso em: 24 jul. 2022.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da *et al.* Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Juiz de Fora, v. 19, n. 53, p. 395-404, 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0607>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2015.v19n53/395-404/pt>. Acesso em: 7 ago. 2022.

DEVERA, Disete; ROSA, Abílio da Costa. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 6, ed. 1, 2007.

FARIAS, Lunna *et al.* Atitudes e práticas de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família quanto à abordagem aos usuários de drogas no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campina Grande, v. 24, ed. 10, p. 3867-3878, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.16772017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qVTNfFxRtZr9n6FngsQDQnS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2022.

FONSECA, Elize Massard da. **Políticas de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

FONSECA, João José Saraiva da. Metodologia da pesquisa científica. **Apostila**, Ceará, 2002. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=oB5x2SChpSEC&lpg=PA6&ots=ORTUYxeph1&dq=FONSECA%2C%20J.%20J.%20S.%20Metodologia%20da%20pesquisa%20cient%20C%20Adfca.%20Fortaleza%3A%20UEC%2C%202002.%20Apostila&hl=pt-BR&pg=PA4#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 25 abr. 2022.

FRASÃO, Gustavo; RIBEIRO, Karol. Ministério da Saúde: Saúde Explica. *In*: **Atenção Primária e Atenção Especializada**: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 21 jun. 2022.

GONÇALVES, Sonia Silva Paiva Mota; TAVARES, Claudia Mara de Melo. Atuação do Enfermeiro na Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas nos Serviços Extra-Hospitalares. **Escola Anna Nery**: Revista de Enfermagem, Brasil, v. 11, n. 4, p. 586-592, 2007. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000400005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/KXC9r3NJLTSrbGdY85bVmbr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jul. 2022

JUNIOR, Benilton Bezerra. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS**: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, ano 2007, v. 17, ed. 2, p. 243-250, 2007. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v17n2/v17n2a02.pdf. Acesso em: 23 fev. 2023.

KANNO, Natália de Paula; BELLOD, Patrícia Lacerda Patrícia Lacerda; TESS, Beatriz Helena. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, ano 2012, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/LjJJfR8ZbQvxNMLrr5HnXFg/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 21 jun. 2022.

LAPORT, Tamires Jordão *et al.* Percepções e Práticas dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde na Abordagem sobre Drogas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 32, n. 1, p. 143-150, 2016. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722016012055143150>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/WpkqFS53QVxSWYkzTjVn9PN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2022.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.

MALVEZZI, Cilene Despontin; NASCIMENTO, Juliana Luporini do. Cuidado Aos Usuários De Álcool Na Atenção Primária: Moralismo, Criminalização E Teorias Da Abstinência. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, 2 ago. 2018. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00153>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/c49gRJGdXhMmT5KvYB3yngx/?lang=pt>. Acesso em: 24 mar. 2022.

MANZINI, Eduardo José. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada**. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina:eduel, 2003. p.11-25.

MELO, Walter. Nise da Silveira e o campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformação. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 5, ed. 2, p. 30-52, 2009.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Dispõe Sobre Medidas de Prevenção E Repressão Ao Tráfico Ilícito e Uso Indevido De Substâncias Entorpecentes ou que Determinem Dependência Física ou Psíquica, e dá outras Providências. Brasil, 1976. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=6368&ano=1976&ato=0e7oXRq50MnRVTd44#:~>. Acesso em: 21 jun. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Ministério da Saúde: Gabinete do Ministro, Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 15 dez. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria Nº 816, de 30 de abril de 2002**. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. [S. l.], 2002. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html. Acesso em: 21 jun. 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 17 jun. 2022.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. Coordenação do Comitê do Ministério Público do Estado do Paraná De Enfrentamento às Drogas. **Relatório Mundial sobre Drogas 2020: Breves Considerações da Coordenação do Comitê do MPPR de Enfrentamento às Drogas. Junho/2020**. Curitiba, Paraná, 2020.

NACAMURA, Paula Antunes Bezerra *et al.* Orientações às famílias de usuários de serviço de saúde mental na perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasil**, v. 73, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167.20217402e05>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qHjkhGpnn4TnC9qdK6YFXMx/?lang=en>. Acesso em: 14 ago. 2022.

PAULA, Milena Lima de *et al.* Assistência ao Usuário De Drogas na Atenção Primária à Saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá- PR, ano 2014, v. 19, n. 2, p. 223-233, 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-737222025006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/ZgnD6nLYNN5zy9JRGz7XsPz/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2022.

PERINI, Guilherme de Barros *et al.* RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE DROGAS 2020: BREVES CONSIDERAÇÕES DA COORDENAÇÃO DO COMITÊ DO MPPR DE ENFRENTAMENTO ÀS DROGAS. **Enfrentamento de Crack, Álcool e outras Drogas**, Paraná, ano 2020, p. 04-11, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (Minas Gerais). Nota técnica. **Cuidado em saúde bucal a usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas**, [S. l.], 2019. Disponível em: <https://portalidea.com.br/cursos/a-assistencia-odontologica-para-pacientes-fumantes-e-alcolatras-apostila01.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2023.

RAIZER, PAULA BARROS *et al.* Políticas Públicas sobre Álcool no Brasil e sua Integração Como o SUS. **Revista Internacional de Debates da Administração Pública**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 19-39, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/12168>. Acesso em: 13 ago. 2022.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; PILLON, Sandra Cristina. HISTÓRIA DA ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA E A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO BRASIL:

ATRAVESSANDO A HISTÓRIA PARA REFLEXÃO. **Escola Anna Nery**: Revista de Enfermagem, Brasil, v. 11, ed. 4, p. 688- 693, 2007.

SANTOS, Luiz Gonzaga Pereira. Entrevista com Nise da Silveira. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 14, ed. 2, p. 1-3, 2012.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (Brasil). Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA==>. Acesso em: 27 jul. 2022.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (Rio de Janeiro). Fundação Oswaldo Cruz. Brasil. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**, Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 31 mar. 2022.

SILVA, Maria Alice Bastos; ABRAHÃO, Ana Lúcia. Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas: uma análise guiada por narrativas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu/SP, v. 24, p. 1-14, 23 set. 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/Interface.190080>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Y3nLq5bS957jdWG7LPz9vhP/?lang=pt>. Acesso em: 2 jul. 2021.

SILVA, Waleska Rodrigues; PERES, Rodrigo Sanches. Concepções Sobre Álcool e Outras Drogas na Atenção Básica: o Pacto Denegativo dos Profissionais de Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Uberlândia, v. 34, n. 2, p. 474-487, 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/1982-3703000492013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/V8swBFqvJF3Syh4N33qyCqn/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 25 jul. 2022.

SOUZA, Isabel Cristina Weiss de; RONZANI, Telmo Mota. Álcool e Drogas na Atenção Primária: Avaliando Estratégias de Capacitação. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.17, n. 2, p. 237-246, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/7FSGPpjW45kZCJvDjNzmZgK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 ago. 2022.

SOUZA, Milene Duarte de Oliveira; CARRARO , Gissele; HERNANDES, Lincon Fricks. Uma análise documental da política de saúde e atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil. **RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT**, Brasil, v. 1, ed. 7, 26 abr. 2022. DOI <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29310>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29310>. Acesso em: 14 fev. 2023.

TEIXEIRA, Joze Karlem da Silva *et al.* ATENÇÃO À SAÚDE: CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÀLCOOL E DROGAS. **Revista sociais e humanas**, Santa Maria, v. 34, n. 1, p. 09-23, 2021. DOI [10.5902/2317175839234](https://doi.org/10.5902/2317175839234). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/39234/pdf>. Acesso em: 1 jan. 2021.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a

pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: **Atlas**, 1987.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, ed. 3, p. 1041-1050, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.34492016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/N7fjsQbtcMYvnBmPXLznnMN/?lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2022

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Data de Nascimento: .../.../...	Sexo: () Feminino () Masculino
Qual a sua formação/ Ocupação:	Pós Graduação:
Tempo de atuação na unidade (anos):	
1. Você tem conhecimento de indivíduos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas sendo atendidas nesta unidade de saúde?	
2. Como é realizado o acolhimento deste usuário?	
3. Como se identificam esses casos? Quais são as queixas principais?	
4. Existe um planejamento/fluxo de atendimento para esses casos na unidade? Quais?	
5. Quais são as intervenções são oferecidas para esses usuários na unidade?	
6. A família é encorajada a acompanhar o tratamento? Existe alguma intervenção familiar?	
7. Quais são as dificuldades que você identifica no estabelecimento de vínculo desse usuário com a equipe de saúde?	
8. A seu ver quais são as necessidades e demandas dos usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas?	
9. Qual o sentimento ou sensação você tem ao prestar o atendimento para essa população?	
10. Caso você nunca tenha atendido esses casos, qual é o atendimento que você compreende que deveria ser oferecido para estes casos nesse serviço?	
11. Participou de alguma capacitação/treinamento na área de saúde mental / álcool e drogas?	
12. Você sente que possui domínio ou capacitação suficiente para atender essa população?	
13. Você tem sugestões de melhoria para o atendimento desses usuários?	

APÊNDICE B – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE

Estimado sr/sra. Meu nome é Pamella Aline Miranda Teodoro, sou a pesquisadora responsável pelo trabalho “Percepções dos profissionais de saúde de nível superior frente aos usuários de álcool e outras drogas atendidos em uma unidade de saúde da família (USF) em Campo Grande – MS.”

Venho convidá-lo (a) a participar dessa pesquisa, que tem como objetivo conhecer quais barreiras podem estar relacionadas ao atendimento ao usuário de álcool e outras drogas. Esse tipo de pesquisa colabora para o conhecimento sobre esse problema de saúde pública, ajudando a elaborar estratégias de melhorias ao atendimento a essa população considerada vulnerável, e com isso, reduzir os danos à saúde.

Você precisa decidir se gostaria de participar. Leia este documento com atenção e sinta-se à vontade para fazer perguntas ao pesquisador.

Tudo que iremos investigar sobre as percepções do profissional de saúde usuário de álcool e outras drogas, os estigmas sociais, barreiras para o atendimento a essa população e a não aderência ao tratamento será por meio de perguntas objetivas em uma entrevista com gravação de áudio, aplicados todos no mesmo dia, a fim de não prejudicar sua rotina. A entrevista ocorrerá em uma sala reservada disponibilizada pela unidade de saúde, levando em média 40 minutos para a conclusão, o áudio será gravado individualmente durante a coleta da entrevista. É importante dizer que a coleta de informações terá um risco mínimo, podendo talvez causar um constrangimento ao responder alguma pergunta, ou desconforto ao expressar suas percepções sobre sua vivência e apreensão quanto ao sigilo. Será permitido o direito à recusa da resposta ou de se ausentar da pesquisa em qualquer momento, o acesso aos dados será somente pela equipe de pesquisa e será evitado dados que possam identificar os participantes. Ficando garantida a recusa em responder, sem nenhum prejuízo a você.

Ao participar da pesquisa, os materiais utilizados na entrevista serão fornecidos pelo próprio pesquisador, isentando os entrevistados e a unidade de quaisquer custos.

Além disso, em caso de danos decorrentes dessa pesquisa, a pesquisadora lhe garantirá devida indenização, a ser definida conjuntamente de acordo com o tipo de dano. Ressaltando que a pesquisa não gera nenhum procedimento de risco e não haverá identificação pessoal na entrevista.

Os resultados obtidos por meio de sua participação serão para fins de pesquisa e eventos científicos, sem constar dados que possam de alguma forma te identificar, garantindo o sigilo e confidencialidade. Estaremos fornecendo uma devolutiva individual a você dos resultados da pesquisa.

Não se esqueça que sua participação é voluntária e pode ser encerrada a qualquer momento que desejar, sem causar prejuízos a você. Outra informação importante é que você não será remunerado para participar desta pesquisa e não terá gasto financeiro para a realização da mesma, fica garantido o ressarcimento financeiro ao participante, por eventual despesa caso ocorra ao longo da pesquisa. Ficará sob os cuidados

da pesquisadora todos os dados e documentos da pesquisa através de arquivo digital durante 5 anos após o término da pesquisa. Conforme Resolução CNS/MS no466/2012 e será de sua incumbência descartar de

forma sigilosa todos os documentos após a pesquisa.

Será entregue uma via deste documento para o pesquisador e outra para você, ambas assinadas. Caso tenha alguma dúvida (antes, durante ou após a pesquisa), você poderá entrar em contato pelo telefone (67) 991679523/992696738, e-mail pamellaaline@gmail.com, ou endereço rua xavantes, 744 casa 1, bairro Tijuca, estarei à disposição Pesquisadora Pamella Aline Miranda Teodoro.

Caso você tenha alguma dúvida, quanto a sua participação, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa/UFMS "Campus da Universidade Federal De Mato Grosso Do Sul, prédio das Pró-Reitorias Hércules Maymone – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS." e-mail: cepconeppropp@ufms.br; telefone: 67 3345-7187; atendimento ao público: 07:30 às 11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino.

Declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações sobre o estudo. Tenho ciência que as informações fornecidas serão tratadas com sigilo, garantindo a minha privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa.

Permito gravação por áudio: () sim () não

Campo Grande, _____ de _____ de 2022

Assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO A – Termo de responsabilidade e autorização
SESAU

0067/2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Pamela Aline Miranda Teodoro, inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 031.460.631-90 portador (a) do documento de identidade sob n°.1635247 SSP/MS, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Rua Xavantes, Nº 744, Bairro: Tijuca, nesta Capital, telefone n°. (67) 99167-9523, pesquisador (a) do Curso de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro - oeste, da Instituição Universidade Federal de Mato Grosso do Sul com o título do Projeto de Pesquisa: "Concepções dos Profissionais de Saúde de Nível Superior Frente aos Usuários de Álcool e Outras Drogas Atendidos em uma Unidade de Saúde da Família (USF) em Campo Grande/MS", orientado (a) pela Professor (a) Rivaldo Venâncio da Cunha inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 177.887.581-04, portador (a) do documento de identidade sob n°. 2198537 SSP/MS, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Rua Benjamin Constant, Nº. 55 apto 32, Bairro: Bairro da Glória, cidade Rio de Janeiro, telefone nº. (21) 97583-0803, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-oeste, da Instituição Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 22 de julho de 2022.



Pesquisador (a)



Orientador(a)


Manoel Roberto dos Santos
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
 Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
 Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
 O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 22 de julho de 2022.

Ricardo Alencar Santos

Pesquisador (a)

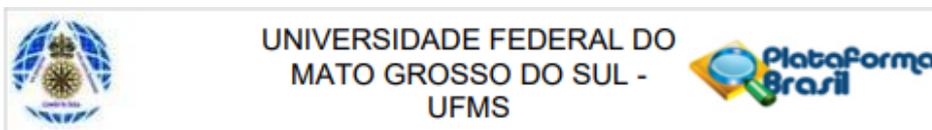
Arvaldo Vitorino da Costa

Orientador(a)

Manoel Roberto dos Santos

Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
 Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU

ANEXO B – Autorização do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR FRENTE AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) EM CAMPO GRANDE/MS

Pesquisador: PAMELLA ALINE MIRANDA TEODORO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 59727622.7.0000.0021

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.698.324

Apresentação do Projeto:

"Este estudo tem como objetivo identificar o julgamento dos profissionais de saúde de nível superior no acolhimento e cuidados dos usuários de álcool e outras drogas atendidos na Unidade de Saúde da Família (USF) em Campo Grande – MS. Trata-se de um estudo do tipo qualitativo de cunho descritivo exploratório. O período de coleta será de 3 semanas, realizado de acordo com as disponibilidades dos profissionais a amostra será formada por 12 (doze) profissionais graduados em enfermagem, educação física, fisioterapia, medicina e odontologia atuantes na Unidade de Saúde da Família "Dr. Antônio Pereira" – USF Tiradentes, em Campo Grande- MS. Será utilizado como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada e pesquisa bibliográfica, que ocorrerá após a liberação do comitê de ética e autorização da Secretaria de Saúde - SESAU. Os resultados especificados de acordo com estudos anteriores apontam significativamente o aumento do consumo e a dependência de álcool e outras drogas, e que seus efeitos atingem o indivíduo de forma biopsicossocial. Enfatiza-se as importâncias de ações de prevenção, tratamento e redução de danos. Entretanto, estudos apontam que os profissionais da saúde têm dificuldades em atender esses pacientes.

A pesquisa propõe investigar essas dificuldades através da exposição oral desses profissionais da Unidade de Saúde da Família, buscando entender essas limitações e gerar intervenções para

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.698.324

Investigador	PROJETO_CORRIGIDO_14_09_2022.pdf	14/09/2022 22:52:13	TEODORO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO_14_09_2022.pdf	14/09/2022 22:49:53	PAMELLA ALINE MIRANDA TEODORO	Aceito
Declaração de concordância	TERMO_SESAU.pdf	02/08/2022 23:16:44	PAMELLA ALINE MIRANDA TEODORO	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA.pdf	02/08/2022 23:12:46	PAMELLA ALINE MIRANDA TEODORO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	05/06/2022 21:42:27	PAMELLA ALINE MIRANDA TEODORO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 12 de Outubro de 2022

Assinado por:

Fernando César de Carvalho Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br