

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JULIANA CARDOSO ÁLVARES

**ANÁLISE DO IMPACTO DA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SAÚDE MENTAL
COM ÊNFASE AO USO DE CRACK, ALCOOL E OUTRAS DROGAS
EM REGIÕES BRASILEIRAS**

BRASÍLIA – DF
2021

JULIANA CARDOSO ÁLVARES

**ANÁLISE DO IMPACTO DA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SAÚDE MENTAL
COM ÊNFASE AO USO DE CRACK, ALCOOL E OUTRAS DROGAS
EM REGIÕES BRASILEIRAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do título de Doutora

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

BRASÍLIA – DF

2021

JULIANA CARDOSO ÁLVARES

**ANÁLISE DO IMPACTO DA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SAÚDE MENTAL
COM ÊNFASE AO USO DE CRACK, ALCOOL E OUTRAS DROGAS
EM REGIÕES BRASILEIRAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Doutora.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa
Universidade de Brasília (UnB) – Departamento de Saúde Coletiva (DSC)
Professora Orientadora – Presidente da Banca Examinadora

Prof. Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho
Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Membro Externo

Profa. Dra. Dirce Bellezi Guilhem
Universidade de Brasília (UnB) – Departamento de Enfermagem – Membro Interno

Profa. Dra. Wania Ribeiro Fernandes
Universidade Federal do Amazonas (UFAM) – Membro Externo

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese de doutorado a todo o caminho que tive até aqui. Não foi fácil entrar no universo acadêmico. Desde a especialização, foram incontáveis as vezes que achei que não conseguiria, mas hoje estou aqui. Depois de um longo processo, poderei dizer que sou doutora, e não poderia me sentir mais orgulhosa por isso. O caminho nem sempre é fácil, mas é necessário para dar valor quando chegamos ao fim. Agora sei que, independentemente das dificuldades, sou capaz de coisas grandiosas como este doutorado. Dedico esta tese a todos os momentos de dificuldade superados nesta jornada intensa e repleta de amor.

Aos meus filhos, Artur e Amanda, amores da minha vida e minhas riquezas, por serem minha força e os maiores motivadores para que eu não desistisse e buscasse ser o exemplo de superação e garra em que eles possam se espelhar.

Aos meus pais, meus grandes exemplos de vida, os maiores incentivadores para que eu seguisse em frente, firme e forte, com o propósito de sempre crescer.

A Deus, pois em vários momentos pedi ajuda a Ele para me dar força e perseverança.

À minha família, por ser meu alicerce em todas as fases da minha vida, e com a certeza de que estarão presentes em todas as minhas próximas conquistas!

AGRADECIMENTOS

Desejo exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que esta tese se concretizasse.

Em primeiro lugar, quero agradecer a mim mesma, por ter sido desafiada a cumprir o doutorado e persistido, mesmo que muitas vezes tenha pensado em desistir.

Agradeço aos meus pais, que na minha vida inteira me deram suporte e incentivo para que eu alcançasse meus sonhos e fosse sempre persistente. Minhas referências e meus melhores amigos, estiveram comigo em todos os meus processos de crises, desânimos e “surtos”, e sempre dizendo: “Filha, não desista, vai dar tudo certo! O doutorado é importante para sua vida! Você é capaz!”.

Agradeço aos meus filhos, por terem aceitado, mesmo sem saber o que realmente estava acontecendo, minha ausência, meu cansaço, meu estresse. Eles me deram amor e carinho o tempo todo.

Agradeço ao André, por me ajudar com as crianças nos momentos em que precisei ficar reclusa para conseguir escrever, pesquisar e ler artigos; por todo o processo de me motivar a ser uma doutora; pela compreensão nos dias turbulentos e nas crises.

Agradeço aos meus irmãos, pelo apoio moral e emocional. Agradeço principalmente ao Flavinho, por ter me ajudado no processo da análise da minha tese. Muito obrigada!

Gratidão à minha orientadora, Maria Fátima de Sousa, por não ter desistido de mim desde o início e no momento em que pensei em abandonar o doutorado. Com suas palavras, ela me fez enxergar que era fundamental finalizar este processo e o quão importante ele era para o meu futuro. E assim o fiz!

Agradeço à Andréia, minha amiga/irmã, pelas conversas de apoio emocional, por entender e aceitar minha ausência nos afazeres do trabalho.

Agradeço à “Juju, minha irmã”, minha filha do coração, que chegou no momento mais tenso do doutorado e, com sua paciência, me aguentou e me amparou quando precisei.

Sou muito grata à Suzy e ao Yuri pela imensa ajuda no processo das transcrições das entrevistas. E também à Taináh e Géssika pela grande contribuição na execução do meu projeto. O que seria da minha tese sem o apoio de vocês?

Agradeço à professora Carla Targino, por ter sido minha co-orientadora na fase importante da elaboração da tese e, com sua experiência e sabedoria, ter me ajudado a finalizá-la.

Não poderia deixar de agradecer à Valéria Mendonça, com cobranças singelas sobre o meu compromisso em terminar o doutorado e pelo incentivo ao meu tema.

Agradeço aos membros da banca, Dirce Bellezi Guilhem, Muna Muhammad Odeh, André Luís Bonifácio de Carvalho e Wania Ribeiro Fernandes, pela delicadeza de lerem meu trabalho com tamanho cuidado.

E agradeço à equipe do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, pela atenção nos atendimentos por mim demandados durante os anos em que estive como doutoranda.

RESUMO

Pesquisa qualitativa que objetivou analisar a formação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família em saúde mental, com ênfase no uso de crack, álcool e outras drogas, nas cinco regiões brasileiras. Realizaram-se entrevistas individuais semiestruturadas com 111 participantes, sendo estes agentes comunitários de saúde, auxiliares/técnicos de enfermagem, coordenadores da ESF e gestores. A organização do material utilizou a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e a análise nas representações sociais. Os resultados evidenciaram as condições de saúde, bem como a importância das atividades de promoção da saúde e de práticas preventivas e curativas destinadas aos usuários de crack, álcool e outras drogas na comunidade, demandas sociais que justificam a necessidade da existência da Saúde Mental na Atenção Básica, o conhecimento da população local sobre os serviços ofertados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o seu papel na comunidade, além de trazer uma detalhada percepção dos profissionais de saúde sobre a formação nessa temática e os sentimentos dos participantes em relação ao contexto analisado. Considerou-se que é urgente e necessária a ampliação de estratégias de formação em saúde mental na atenção básica, bem com o fortalecimento do matriciamento, de forma a potencializar as ações de promoção, prevenção e Redução de Danos na comunidade, bem como capacitar os profissionais na condução do cuidado necessário a essa população, em especial aos agentes comunitários de saúde e técnicos/auxiliares de enfermagem, em parceria com os demais profissionais da atenção básica.

Palavras-chave: Saúde Mental; Estratégia Saúde da Família; Crack, Álcool e outras Drogas.

ABSTRACT

Qualitative research that aimed to analyze the training of health professionals in the Family Health Strategy in mental health, with an emphasis on the use of crack, alcohol and other drugs, in Brazilian regions. Semi-structured individual interviews were carried out with 111 participants: community health agents, nursing assistants/technicians, ESF coordinators and managers. The organization of the material used the technique of Collective Subject Discourse (CSD) and the analysis of social representations. The results showed the health conditions and the importance of health promotion activities, preventive and curative practices aimed at users of crack, alcohol and other drugs in the community, social demands that justify the need for the existence of Mental Health in Primary Care, knowledge from the local population about the services offered by the Psychosocial Care Centers (CAPS) and their role in the community, in addition to providing a detailed perception of health professionals about training in this subject and the feelings of the participants in relation to the analyzed context. It was considered that it is urgent and necessary to expand mental health training strategies in primary care, as well as to strengthen matrix support, in order to enhance the actions of promotion, prevention and harm reduction in the community, as well as to train professionals in conducting the necessary care for this population, especially for community health agents, technicians and nursing assistants, in partnership with other primary care professionals.

Keywords: Mental Health; Family Health Strategy; Crack, Alcohol and other Drugs.

RESUMEN

Investigación cualitativa que tuvo como objetivo analizar la formación de profesionales de la salud en la Estrategia Salud de la Familia en salud mental, con énfasis en el uso de crack, alcohol y otras drogas, en las regiones brasileñas. Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas con 111 participantes, siendo estos agentes comunitarios de salud, auxiliares / técnicos de enfermería, coordinadores y directores de la ESF. La organización del material utilizó la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (CSD) y el análisis de las representaciones sociales. Los resultados evidenciaron las condiciones de salud y la importancia de las actividades de promoción de la salud, prácticas preventivas y curativas dirigidas a los usuarios de crack, alcohol y otras drogas en la comunidad, demandas sociales que justifican la necesidad de la existencia de Salud Mental en Atención Primaria y el conocimiento de la población local sobre los servicios que ofrecen los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y su rol en la comunidad, además de brindar una percepción detallada de los profesionales de la salud sobre la formación en esta temática y los sentimientos de los participantes en relación al contexto analizado. Se consideró urgente y necesario ampliar las estrategias de formación en salud mental en la atención primaria, así como fortalecer la matriz de apoyo, con el fin de potenciar las acciones de promoción, prevención y reducción de daños en la comunidad, así como formar profesionales en la realización de la atención necesaria a esta población, especialmente a los agentes comunitarios de salud, técnicos y auxiliares de enfermería, en alianza con otros profesionales de atención primaria.

Palabras clave: Salud Mental; Estrategia de Salud de la Familia; Crack, Alcohol y otras Drogas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. A Rede de Atenção Psicossocial.....	37
Figura 2. Mapa do Brasil com os municípios selecionados	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	35
Quadro 2. Saúde mental na Atenção Primária à Saúde – diretrizes para a atuação das equipes de saúde	48
Quadro 3. Situação de risco.....	49
Quadro 4. Árvore de decodificação das falas que representam os participantes do estudo (coordenadores)	82
Quadro 5. Árvore de decodificação das falas que representam os participantes do estudo (gestores)	93
Quadro 6. Árvore de decodificação das falas que representam os participantes do estudo (ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem)	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Ancoragem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressão-Chave
ESF	Estratégia Saúde da Família
IC	Ideia Central
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RS	Representação Social
SPA	Substâncias Psicoativas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. OBJETIVOS.....	17
2. DESENVOLVIMENTO.....	19
2.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1.1.O nascimento da loucura e o panorama geral do uso de drogas e suas consequências.....	19
2.1.2. A reforma psiquiátrica no Brasil e as políticas em saúde mental na legislação brasileira	255
2.1.3. Ações de Redução de Danos na Estratégia Saúde da Família.....	332
2.1.4. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	344
2.1.5. A atenção primária à saúde e o consumo de drogas	377
2.1.6. Atitudes dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no contexto das drogas.....	39
2.1.7. Formação/sensibilização de profissionais da Estratégia Saúde da Família em saúde mental e seu impacto no processo de trabalho em saúde, bem como os benefícios no atendimento da população	466
2.1.8. A Teoria da Representação Social.....	50
2.2. METODOLOGIA	522
2.2.1. Caracterização do estudo	522
2.2.2. Campo de estudo	566
2.2.3. Caracterização dos municípios selecionados	60
2.2.4. Preparo para o trabalho de campo	699
2.2.5. Participantes da pesquisa.....	70
2.2.6. Coleta dos dados.....	722
2.2.7. Organização e análise dos dados.....	755
2.2.8. Considerações éticas e legais	81
2.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	822
2.3.1. Resultados dos coordenadores	822
2.3.2. Resultados dos gestores	933
2.3.3. Resultados dos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem	1044
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	1222
REFERÊNCIAS	1266
APÊNDICES	1409

APÊNDICE A – CRONOGRAMA.....	14039
APÊNDICE B – E-MAIL-PADRÃO DE CONVITE ÀS COORDENAÇÕES DE SAÚDE.....	14140
APÊNDICE C – INSTRUMENTOS	14241
APÊNDICE D – SISTEMATIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS	1465
APÊNDICE E – TCLE.....	17473
ANEXOS.....	1764
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	1765
ANEXO B – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO (PASSO A PASSO DA UTILIZAÇÃO DO DSC)	1798

1. INTRODUÇÃO

Na atualidade, convivemos com um crescimento significativo no uso abusivo de álcool e outras drogas, que vem acompanhado do consumo em idades cada vez mais precoces e do desenvolvimento de substâncias novas e vias alternativas de administração de produtos já conhecidos, com incremento nos efeitos e aumento no potencial de desenvolvimento de dependência.

A sociedade como um todo tem se questionado sobre as motivações desse aumento do uso abusivo. Parte das justificativas apoia-se no contexto sociopolítico, que reforça os valores baseados no consumismo e no prazer imediatista, associado à pauperização de importante parcela da população em todo o mundo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), os principais motivos para o uso drogas circulam em: (i) satisfação de curiosidade a respeito dos efeitos da droga; (ii) necessidade de participação em um grupo social; (iii) expressão de independência; (iv) busca por experiências agradáveis, novas e emocionantes; (v) melhora da “criatividade”; (vi) favorecimento de uma sensação de relaxamento; (vii) fuga de sensações/vivências desagradáveis.

Afirma ainda a OMS (2001) que os principais fatores de risco para o uso são da seguinte natureza: (i) indivíduos sem adequadas informações sobre os efeitos das drogas; (ii) saúde deficiente; (iii) insatisfação com a qualidade de vida; (iv) personalidade deficientemente integrada; (v) facilidade de acesso às drogas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), desde 1994, momento do seu desenho, traz para si a responsabilidade de mudar o modelo de atenção à saúde no Brasil, reestruturando a atenção básica no conjunto dos sistemas municipais de saúde. Dessa forma, a rede de serviços em seus diferentes níveis é viabilizada para assegurar assistência integral aos indivíduos, famílias e comunidades e para melhorar o padrão sanitário da população, priorizando os grupos em desvantagem social.

De acordo com o texto constitucional de 88, complementado e aperfeiçoado pela Lei Orgânica da Saúde, a assistência à saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças (ALVES, 2005), que são prerrogativas da atenção primária.

Assim, a expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo governo brasileiro por meio do Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Dessa forma, a expansão da rede em questão obedece aos princípios da reforma psiquiátrica e busca viabilizar a substituição do modelo assistencial vigente em saúde mental por redes de atenção especializadas e compostas por dispositivos extra-hospitalares.

As diretrizes da reforma psiquiátrica antimanicomial apontam para um processo de desinstitucionalização como caminho norteador. Tal processo contempla a ruptura de paradigmas e a possibilidade de construção de serviços de saúde que oportunizem a escuta das singularidades, a construção de projetos terapêuticos, de cidadania, de reabilitação e reinserção social e, sobretudo, de construção de projetos de vida.

Percebe-se, no entanto, uma grande dificuldade dos trabalhadores e serviços em acolher os usuários de drogas. Assim, coloca-se o desafio de mudar a cultura, bem como fazer da prática cotidiana a expressão dos pressupostos da reforma psiquiátrica, dos princípios e diretrizes da Política de Saúde Mental, da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas e da Política Nacional de Atenção Básica.

A formação dos trabalhadores precisa ser potente para contextualizar e apresentar novas perspectivas técnico-políticas do cuidado em saúde mental, com vistas à adoção de estratégias e ações em saúde que melhor visualizem e produzam a interface entre saúde mental e atenção básica – desse modo, incidindo sobre pontos críticos da organização desse sistema e sendo capazes de criar novas dinâmicas de trabalho.

O olhar do cuidado aos sujeitos e à sua condição de saúde deve estar presente nos diferentes espaços da rede do SUS, em especial nos serviços de atenção primária, os quais devem estar sensibilizados para acolher as pessoas nas suas diferentes demandas, entre elas a saúde mental e os casos de uso prejudicial de drogas.

Esse olhar deve estar fundamentado na mudança de paradigma que representou a atenção aos portadores de sofrimento psíquico, com o fim das internações manicomiais em decorrência da reforma psiquiátrica, buscando garantir

formas de cuidado mais humanizadas, que respeitem os direitos humanos e aproximem o cuidado em saúde das pessoas do território. Nesse sentido, a diretriz de Redução de Danos e riscos associados ao consumo prejudicial de drogas deverá ofertar práticas de saúde de acordo com as demandas de cada situação, de cada usuário, sempre estimulando sua participação e seu engajamento. A estratégia de Redução de Danos reconhece cada usuário em suas singularidades, traçando com ele estratégias de tratamento e de construção de redes de atenção, implicando um conjunto de intervenções de saúde pública voltadas para a defesa de sua vida.

Nesse sentido, vale ressaltar que a atenção básica deve ser a porta de entrada a qualquer cidadão na Rede de Atenção à Saúde. Nesse contexto a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como instrumento essencial na assistência a indivíduos, por ser um serviço de elevado potencial para se trabalharem ações de promoção, prevenção e rastreamento. Além de estar inserida na comunidade e atuar no cenário de vida da população, ela possibilita conhecer e acompanhar esses usuários, sendo capaz de intervir precocemente frente a possíveis fatores de risco e estabelecer as medidas de prevenção necessárias. (BRASIL, 2011).

Considerar álcool e drogas como um fenômeno sociocultural complexo significa dizer que sua presença em nossa sociedade não é simples. Não só existem variados tipos de drogas, mas também são diferentes os efeitos por eles produzidos, e a adolescência – período marcado por mudanças e curiosidade sobre um mundo que existe para além da família – representa um momento especial, no qual a droga exerce forte atrativo.

Diante desse cenário, esta tese teve como propósito apresentar o impacto da capacitação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família em saúde mental, com ênfase no uso de crack, álcool e outras drogas, no Brasil.

1.1. OBJETIVOS

Objetivo central do projeto

Analisar a formação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família em saúde mental, com ênfase no uso de crack, álcool e outras drogas, nas cinco regiões brasileiras.

Objetivos específicos

- Conhecer as bases teóricas, didáticas, pedagógicas e metodológicas da formação dos profissionais de saúde da ESF para o cuidado em saúde mental;
- Descrever as estratégias organizativas das ESF nos processos de cuidado como um interlocutor para a pessoa em sofrimento mental;
- Identificar os resultados dos processos formativos dos profissionais de saúde nas práticas para os cuidados de pessoas com sofrimentos mentais;
- Interpretar os discursos dos sujeitos envolvidos nos processos formativos e do cuidado à saúde mental no âmbito da ESF e em seus territórios de atuação;
- Escrever sínteses dos achados do estudo para a formação dos profissionais de saúde em saúde mental, com ênfase no uso de crack, álcool e outras drogas.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1.1. O nascimento da loucura e o panorama geral do uso de drogas e suas consequências

É necessário, a princípio, apresentar alguns conceitos que se associam à loucura e à saúde mental. Embora seja bastante corriqueiro a sociedade titular de “louca” a pessoa que tem algum distúrbio mental, vale ressaltar que a melhor forma de tratar essa pessoa é reconhecê-la como pessoa com transtorno mental. É sutil a razão, mas muito pertinente, porque, ao se fazer referência à pessoa com transtorno como “doente mental”, “louca”, “portadora de transtorno mental”, “sofredora psíquica”, dentre outros, sobressai a doença, em vez da pessoa. Já quando nos reportamos ao indivíduo como “pessoa com transtorno mental”, prevalece a pessoa, o ser humano, em vez da doença (BRASIL, 2011).

Destaca-se que saúde mental e doença mental são definições que nascem da concepção do bem-estar coletivo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), não há uma definição formal no que diz respeito à saúde mental, visto que precisam ser consideradas algumas condições como o meio sociocultural e a subjetividade do sujeito. E, ainda, é necessário destacar que a ausência de doença mental não significa uma saúde plena da mente (DE SANTANA SILVA; LINS; DE CASTRO, 2016).

A concepção de loucura depende do entendimento de normalidade para determinado grupo social. Culturalmente, a loucura é, então, definida a partir de um padrão imposto pela sociedade que define o que é ser normal. Ou seja, a loucura é relacional: ela emerge de um contexto social que assim a caracteriza, ao mesmo tempo que estipula o seu anverso, a sanidade (FRAYZE-PEREIRA, 1994).

Desse modo, quer se estigmatize a pessoa com transtorno mental como doente e a loucura como uma falta de conhecimento da gravidade dos atos praticados, quer se considere a loucura como uma maneira de perceber a realidade dos fatos e a pessoa louca como aquela que tem a capacidade de enxergar os acontecimentos do mundo e da sociedade com os olhos da verdade, o louco sempre

é o diferente, o excluído, a alteridade a ser isolada do restante da sociedade (FRAYZE-PEREIRA, 1994).

De acordo com Michel Foucault (1979), a ideia de exclusão existe antes mesmo da ideia de loucura. Isolar os sujeitos “desiguais” da sociedade foi um costume estabelecido no período em que ocorreu a disseminação da lepra por toda a Europa na época das Cruzadas, quando vários estabelecimentos foram criados para isolar os leprosos. Com o fim da lepra, os estabelecimentos onde os leprosos eram mantidos continuaram e continuarão a significar, para sempre, locais de exclusão, para onde outros excluídos foram e serão encaminhados.

Quando a disseminação da lepra chegou ao fim, surgiu a ideia de loucura, termo que passou a designar todos aqueles que não se enquadravam em um padrão dito normal da sociedade. Tachadas de loucas, essas pessoas eram excluídas do meio social, sendo abrigadas naqueles locais que, um dia, foram dos leprosos. Durante os séculos XVII e XVIII, momento da grande internação, objetivava-se eliminar todos aqueles que demonstravam perigo para a sociedade: pobres, libertinos, homossexuais, dentre outros (FOUCAULT, 1979).

Esses locais destinados a manter os indivíduos internados, afastando-os do restante da sociedade e mantendo-os à base de uma vida solitária e trancafiada, administrada por uma “equipe dirigente”, constituem o que Goffman (2010) denominou de instituições totais. Nessas instituições, há uma “mortificação do eu”; os internados perdem a sua identidade, a sua cultura e “morrem”, se não literalmente, ao menos simbolicamente, para a sociedade.

Voltando à história da loucura, no século XVIII ela passou a ser objeto do saber médico, sendo então caracterizada como doença mental, passível de cura ou tratamento. O hospital surgiu, assim, como espaço terapêutico, de diagnóstico e classificação da loucura (FOUCAULT, 1979).

A partir do século XIX, a medicina passou a interferir totalmente no diagnóstico e na terapêutica da loucura. Sob a alegação de que as leis e ações desenvolvidas já não conseguiam mais controlar sozinhas o perigo urbano, argumentou-se que deviam ser criadas maneiras de comandar as pessoas, tornando-as úteis e sem deixar transparecer nenhum perigo. Portanto, essa época, em que o objetivo da medicina era gerar uma sociedade sadia, com o intuito de transformar os seres diferentes em indivíduos normais, ficou conhecida como período de medicalização da sociedade. Esse processo buscava associar o

comportamento do louco somente a patologias, não levando em consideração todo o contexto social, político e cultural da pessoa (VALADARES SOUZA, 2020).

A psiquiatria separou totalmente a pessoa com transtorno mental da família e da sociedade, isolando-a em hospitais psiquiátricos, defendendo que isso era essencial para a proteção tanto do internado quanto da população. A exclusão da loucura se propagou com o passar do tempo, e ainda hoje, na maior parte do Brasil, a pessoa com transtorno mental é estigmatizada como indefesa ou perigosa, a depender do contexto. Foi no auge do desenvolvimento da economia, da reforma social e de maior compreensão e reconhecimento às minorias que se percebeu que o hospital psiquiátrico deveria ser modificado ou extinto (SERAFIM, 2017).

Com o passar dos anos, cada vez mais foram desenvolvidas pesquisas relacionadas ao tratamento das pessoas com transtorno mental; instituiu-se a necessidade de desinstitucionalização, ou seja, a pessoa com transtorno mental se retiraria dos hospitais e voltaria a viver em sociedade, junto a seus familiares. Assim como o Brasil, diversos países reagiram positivamente e adotaram mudanças importantes associadas às políticas de saúde mental que abordam a assistência à pessoa com transtorno mental.

Com a finalidade de tratar enfermidades ou modificar o estado mental, as drogas existem há tempos. Anteriormente elas eram extraídas da natureza, tendo como principal ingrediente as folhas secas. Atualmente, grande parte das drogas é sintetizada em laboratórios (SIMÕES, 2016).

O indivíduo sempre teve uma conexão muito próxima com a natureza como meio de sobrevivência e, por isso, foi adquirindo experiências com a descoberta das propriedades das plantas. Dessa forma, acredita-se que a utilização de substâncias psicoativas com a finalidade de saciar a fome e amenizar o cansaço já vem desde a Antiguidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Todavia, ao longo dos anos, o consumo da maioria dessas substâncias começou a ser proibido. É importante destacar que a utilização dessas substâncias está associada às propriedades farmacológicas e também aos costumes das civilizações. Atualmente, por apresentarem caráter de marginalidade ou por se caracterizarem como elementos de uso recreativo, diversas substâncias, apesar de possuírem propriedades farmacológicas eficazes, passaram a ser impedidas de ser utilizadas em muitos países. Por outro lado, existem variadas substâncias que são

legalizadas e cujo efeito prejudicial é comprovado cientificamente, como por exemplo o álcool e o tabaco (DO AMARAL; MALBERGIER; DE ANDRADE, 2010).

As drogas podem ser benéficas, como, por exemplo, os medicamentos. Porém, elas podem acarretar múltiplos prejuízos para o organismo do indivíduo, caso seja feito uso inadequado ou caso sejam utilizadas as drogas chamadas “de abuso” ou “recreativas”. As drogas de abuso ou recreativas não possuem nenhuma função terapêutica e são utilizadas em grande quantidade pelas pessoas (YASUI, 2010):

Os efeitos que as drogas causam no cérebro, ou no sistema nervoso central, de forma geral, estão relacionados, principalmente, com a sua ação sobre os neurotransmissores. Os neurotransmissores são moléculas presentes nas vesículas pré-sinápticas neurais, atuando na resposta inibitória ou excitatória entre os neurônios. Muitas drogas atuam de forma a aumentar o tempo de ação de alguns neurotransmissores, dando, assim, uma sensação de prazer ao consumidor. (DO AMARAL; MALBERGIER; DE ANDRADE, 2010, p.106)

No decorrer do tempo, o sistema nervoso começa a carecer cada vez mais dessas substâncias, resultando em uma dependência química. Dessa forma, o dependente irá consumir maior quantidade da droga, até que não consiga passar nenhum dia sem consumir o produto por conta dos efeitos ocasionados pelo sistema nervoso, a famosa crise de abstinência (SIMÕES, 2016).

A dependência química leva a pessoa a ir sempre em busca do consumo da droga e acaba fazendo com que ela deixe de lado trabalho, família e amigos, implicando que ela necessite de um tratamento apropriado para voltar a ter qualidade de vida. Salienta-se que o dependente químico não pode ser discriminado; deve, sim, ser visto com um ser humano que necessita de ajuda e de ser inserido em um tratamento adequado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013):

Droga é toda a substância que, ao ser introduzida, inalada, injetada ou ingerida, provoca no organismo alterações no seu funcionamento, modificando uma ou mais funções. Há um grupo de drogas que possuem capacidade de atuar no psiquismo, chamadas psicotrópicas, que provocam mudança de percepção, do humor, da euforia, das sensações de prazer, no alívio do medo, da dor, das frustrações, das angústias e etc. E é particularmente para esse grupo de substâncias que habitualmente se utiliza o termo droga. (TÓTOLI; MARCOS, 2017, p.127)

Normalmente, a utilização de substâncias psicotrópicas não acarreta complicações, pois já faz parte da cultura das populações. Porém, o ser humano

pode fazer uso das drogas como um meio de testar os seus limites, buscar prazer, tentar diminuir os problemas ou inserir-se em um ambiente social. Nessas situações, a utilização de drogas tende a evoluir para um cenário de intoxicação aguda, abuso ou dependência (CARDOSO, 2014).

Segundo Formiga (2015, p.289):

Problemas relacionados com uma intoxicação aguda podem ocorrer como resultado de um único episódio e podem incluir ataxia, vômito, febre, confusão, superdosagem, perda da consciência, acidentes e lesões, problemas domésticos, agressão e violência, práticas sexuais inseguras e/ou não intencionadas e desempenho reduzido no trabalho. O uso regular de drogas e a dependência podem levar a problemas físicos, mentais e sociais, que demoram um tempo para se desenvolverem e podem incluir diminuição da imunidade a infecções, ansiedade, depressão, problemas com o sono, sintomas de abstinência quando o uso é diminuído ou interrompido, dificuldades financeiras e problemas legais, de relacionamento e no trabalho.

Os transtornos psiquiátricos ocasionados pela utilização de drogas possuem parâmetros de diagnóstico específicos, estabelecidos em dois sistemas de classificação: o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-V), da Associação de Psiquiatria Americana (APA), e a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BERTUSSI et al., 2018).

Nesses dois sistemas de classificação foram agrupados como fatores de diagnóstico um amplo índice de distúrbios físicos, psíquicos e sociais que são equivalentes e a característica do aparecimento desses transtornos. Essa maneira de expor os fatores diagnósticos também possibilita a prevenção e a constatação prévia desses transtornos (BERTUSSI et al., 2018). Todas as substâncias psicotrópicas acarretam muitos distúrbios biológicos periféricos e centrais e transtornos sociais e psicológicos, além do seu potencial de causar dependência (TORCATO, 2016):

O uso de drogas injetadas (apesar da sua prevalência de uso ser baixa no Brasil), além de todos os outros riscos, pode causar danos à pele e veias e ainda propicia o contágio do HIV e outros vírus adquiridos por via sanguínea, através do uso de seringas contaminadas ou pelo comportamento sexual de risco por parte dos usuários. Estes, infectados com o vírus do HIV podem aumentar a infecção da população geral através do contato sexual com não usuários de drogas, além disso, mães infectadas podem transmitir o vírus para o filho. A estreita relação entre o uso de drogas e a prostituição também pode contribuir para a transmissão do HIV. (HUMENIUK; POZNYAK, 2004, p.88)

De acordo com Cardoso (2014), as drogas de abuso são substâncias que possuem várias estruturas químicas e mecanismos de ação. Na administração aguda, cada substância se associa a um sítio de ação específico, provoca variados comportamentos, decorrências e implicações fisiológicas e, de acordo com a quantidade utilizada, pode ocasionar um quadro de intoxicação característico da substância:

Essas drogas são todas agudamente recompensadoras (o que leva a repetição do seu uso) e com o uso crônico, alguns efeitos são compartilhados entre elas, como produzir sintomas emocionais negativos na sua suspensão, produzir um longo período de sensibilização e desenvolver um aprendizado associativo droga - pistas ambientais relacionadas à droga. Acredita-se que esses efeitos crônicos são adaptações que contribuem para o *craving* (desejo, compulsão) pela droga e para as recaídas, mesmo após longos períodos de abstinência. (CARDOSO, 2014, online).

Associar medicações com psicoterapia pode contribuir com a resposta terapêutica, sendo essa uma das formas mais eficazes de garantir efeitos positivos para grande parte dos pacientes. As abordagens terapêuticas precisam ser desenhadas para cada paciente, levando em conta suas subjetividades e particularidades, além do ambiente social no qual ele está inserido (TORCATO, 2016).

Segundo Alves (2016, p.34):

As medicações têm um papel importante como suporte terapêutico e podem ser úteis em diferentes estágios do tratamento, ajudando o paciente a parar de usar, permanecer em tratamento e evitar a recaída. *Tratamento da síndrome de abstinência* - Quando os pacientes param de usar a droga, eles experimentam uma variedade de sintomas físicos e emocionais, incluindo depressão, ansiedade, outros transtornos do humor, inquietação e insônia. Alguns medicamentos atuam nestes sintomas, tornando mais fácil ficar sem a droga. Outros atuam substituindo os efeitos das drogas e assim evitando a manifestação da síndrome de abstinência, como por exemplo o uso de adesivos de nicotina para manter os níveis plasmáticos desta substância. *Permanecer em tratamento* - Alguns medicamentos são usados para auxiliar o cérebro a se adaptar gradualmente à ausência da droga. Essas medicações agem diminuindo o *craving* ou diminuindo as propriedades reforçadoras das drogas. Elas podem ajudar os pacientes a acompanhar a psicoterapia minimizando os efeitos da urgência em usar a droga e a compreender as mudanças que ocorreram e as que devem ainda ocorrer no seu sistema nervoso central. *Prevenção da recaída* - A ciência tem demonstrado que o estresse, as pistas relacionadas à droga e a exposição às drogas acionam o gatilho da recaída. Alguns medicamentos ajudam a enfrentar essas situações e ajudam a remodelar o aprendizado sem a droga. Muitas substâncias estão sendo investigadas para esse propósito.

2.1.2. A reforma psiquiátrica no Brasil e as políticas em saúde mental na legislação brasileira

No Brasil, até o ano de 1830, ainda não havia nenhuma forma de cuidar dos doentes mentais. Em 1841, foi firmado pelo então príncipe regente Dom Pedro II o decreto de criação do hospício pioneiro no Brasil, o Hospício de Pedro II, popularmente conhecido como o “Palácio dos Loucos”. Sua inauguração foi em 1852, marcada como um importante episódio no contexto social e político daquela época. Os ambientes amplos, as normas, a intensidade moral, a falta de liberdade, a diferenciação de tratamentos por conta de classe social e de quadro clínico e a frequente atenção ao alienado, impedindo-o de ter privacidade, caracterizam o surgimento da psiquiatria no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As primeiras manifestações da reforma psiquiátrica surgiram por volta da década de 1950 nos Estados Unidos e na Europa. O apelo por reformas sociais e sanitárias e a manifestação pela garantia dos direitos civis e humanos culminaram com a necessidade de que fossem redefinidos os modelos de assistência à saúde, em especial à saúde mental. Em diversos países, surgiram, então, movimentos que reivindicavam a implementação do modelo de desinstitucionalização. Esse modelo preconizava a diminuição de internações hospitalares, a desospitalização de pacientes por muito tempo internados e a criação de locais, na sociedade, que atendessem às demandas desses pacientes de uma forma humanizada, oferecendo-lhes independência, capacidade para cuidar de si mesmos e qualidade de vida (FORMIGA, 2015).

De acordo com Andrade e Maluf (2014), no Brasil, a repercussão inicial da reforma psiquiátrica foi marcada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no final dos anos de 1970. Tratou-se de um processo político e social complexo, que envolveu gestores, trabalhadores, usuários, familiares, pesquisadores e estudantes. As denúncias de precárias condições e falta de cuidado, assistência e humanização nos hospitais psiquiátricos, cuja atuação era mais repressiva do que terapêutica, motivaram esse processo.

O caminho trilhado pela reforma psiquiátrica possibilitou intensas mudanças no campo da saúde mental no país. Para tanto, vários eventos discutiram as condições de saúde e de bem-estar psicossocial e físico das pessoas com transtornos mentais. Dentre eles, destaca-se o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise

de Grupos e Instituições (IBRAPSI), que contou com a presença de Basaglia e Goffman, alguns dos principais críticos da psiquiatria (BRASIL, 2011).

A reforma sanitária foi uma das maiores influências para o acontecimento da reforma psiquiátrica. Os dois processos tiveram apoio fundamental dos movimentos sociais. O argumento da reforma sanitária brasileira era a criação de um modelo de saúde contrário ao que predominava e que, apesar dos avanços, ainda hoje predomina – o hospitalocêntrico. Os seus defensores recriminavam as péssimas condições, o descaso e a mercantilização da saúde. No ano de 1987, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, comprovando o vínculo entre as reformas sanitária e psiquiátrica. A luta ganhou força na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), evento no qual foi proposta a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), homologado na Constituição Federal de 1988 (ANDRADE; MALUF 2014).

Na 8ª Conferência, surgiu uma nova concepção de saúde como um dever do Estado e um direito de todos, proporcionando, assim, a formalização dos princípios que, dois anos mais tarde, seriam reconhecidos como princípios do SUS. São eles: integralidade, equidade e universalidade. Esses princípios acarretaram um novo ponto de vista de um Brasil como promotor de políticas de bem-estar social e uma nova concepção da saúde no país como sinônimo de qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Existem dois marcos do movimento da reforma psiquiátrica brasileira que merecem, ainda, ser mencionados: a luta para que ocorressem mudanças concretas nas condições precárias dos pacientes com transtornos mentais internados nos hospitais psiquiátricos e a procura de soluções para desmistificar a ideia de que institucionalizar era a única maneira de relacionar o louco e a sua loucura com a sociedade (SILVA; COSTA, 2010).

Na reforma psiquiátrica brasileira foram estabelecidos alguns princípios fundamentais para que fossem resguardados o atendimento, a proteção e a dignidade das pessoas com transtorno mental, garantindo-lhes cidadania. São eles: desinstitucionalização – tirar a pessoa da instituição na qual ela já está há muito tempo institucionalizada; desospitalização – oferecer atendimento em centro de referência, sendo a internação hospitalar feita apenas em último caso; criação de redes de atenção que substituam o modelo centrado no hospital psiquiátrico; e comprometimento em realizar ações em conjunto com os diferentes atores sociais envolvidos (CORREIA, 2011).

Os empenhos para que se superasse a situação caótica dos internos e da internação como únicas soluções para a doença mental visavam a provocar uma mudança na constituição, consolidação e expansão de uma rede de ações e serviços que substituísse o modelo existente. Evidentemente, não bastava que os hospitais psiquiátricos fossem desativados. Era necessário que existissem profissionais e tecnologias sociais e de saúde que recebessem e aceitassem os pacientes que já estavam há muito tempo internados. A grande quantidade de moradores institucionalizados em longa duração culminou com a formação de possibilidades de habitações para os novos cidadãos que não tinham família ou cuja reinserção familiar fosse dificultada (SILVA; COSTA, 2010).

À medida que o movimento da reforma psiquiátrica foi ganhando repercussão, diferenças internas, teóricas e ideológicas, foram deixadas de lado, e foi criada uma agenda comum com a intenção de coletar vivências de pessoas que possuíam sofrimento psíquico, para que, assim, fosse superado o fundamentalismo das instituições psiquiátricas tradicionais. Um exemplo dessas histórias de denúncia é narrado no filme *Em nome da razão*, de Helvécio Ratton. Um Filme, documentário de 1979 que narra o cotidiano no Manicômio de Barbacena/MG revelando todos os ambientes do hospital. As sequências se interligam pela imagem de um longo e escuro corredor do hospício, enquanto cada interna canta uma música. Contudo, proponho uma reflexão sobre a função social do manicômio: para que servem os hospitais psiquiátricos?

É fundamental destacar que o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira teve como finalidade não somente desinstitucionalizar a loucura, mas, além disso, lutar pelos direitos das pessoas com transtorno mental psíquico e por alterações na assistência à saúde. Portanto, tal movimento teve e tem como foco desconstruir o pensamento de isolar o louco, devolvendo-lhe o direito à liberdade e à cidadania (MELO, 2012).

À imagem da loucura, vista como doença, defeito, periculosidade e falta de razão, sobreveio um novo olhar, pautado por discussões sobre cidadania, dignidade e direitos humanos. A reforma psiquiátrica foi, assim, um dos movimentos mais significativos e influentes no Brasil, que modificou radicalmente o setor da saúde mental e se destacou na história da saúde pública brasileira (GOULART, 2010).

O momento essencial da política de assistência à saúde mental foi, sem dúvidas, a reforma psiquiátrica. As suas ideias vêm influenciando o campo social, o

meio jurídico e as universidades na área da saúde. Embora o SUS ainda enfrente bastantes dificuldades, é perceptível que aos poucos o panorama psiquiátrico tem mudado para melhor (YASUI, 2010).

Ao longo de 67 anos, a legislação psiquiátrica brasileira, elaborada em 1934, não assegurava direito algum às pessoas em sofrimento mental. Essa condição só foi modificada em 2001, quando foi aprovada a Lei nº 10.216/2001, que se refere à proteção e aos direitos das pessoas em sofrimento mental, alterando o modelo de assistência em saúde mental (CORREIA, 2011).

A partir da década de 1990, a saúde tornou-se um direito de qualquer pessoa com a promulgação da Lei nº 8.080, de 9 de setembro de 1990, e com a regulamentação da criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Segundo essa lei, é dever do Estado garantir a saúde, bem como formular e executar políticas econômicas e sociais visando à redução de riscos de doenças e de outros agravos e estabelecendo condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos.

Ainda sobre a Lei nº 8.080/1990, em seu 7º Artigo ela informa que os serviços públicos e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) devem preservar a autonomia das pessoas, protegendo sua integridade física e moral, e garantir a igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios.

Foram publicados vários documentos relacionados com a saúde mental e a luta pelo reconhecimento dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Um desses documentos é a Declaração de Caracas, de 14 de novembro de 1990, que foi redigida na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Essa declaração foi um marco das reformas na Atenção à Saúde Mental nas Américas. Os princípios da política de saúde mental brasileira foram resumidos na Declaração de Caracas; são eles: reestruturar a assistência psiquiátrica ligada à atenção primária em saúde; rever a função hegemônica e centralizadora do hospital psiquiátrico; resguardar a dignidade e os direitos humanos e civis da pessoa; e proporcionar que a pessoa com transtorno mental permaneça em meio à comunidade.

A Lei nº 10.216/2001, já citada, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi elaborada a partir do Projeto de Lei nº 3.657, de 1989, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e a substituição deles por

outros serviços assistenciais mais humanizados. Ela assegura que os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais serão resguardados, independentemente de raça, cor, sexo, idade, orientação sexual, religião, opção política, família, nacionalidade, recursos financeiros e grau de gravidade ou tempo de evolução do transtorno. Essa lei garante, ainda, a essa população os seguintes direitos: usufruir do melhor tratamento oferecido pelo sistema de saúde, atendendo sempre às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito, de forma a alcançar uma recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser amparada contra qualquer tipo de abuso e exploração; ter todas as suas informações mantidas no mais absoluto sigilo; ter direito a presença médica para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter total acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber todas as informações possíveis sobre sua doença e seu tratamento; ser tratada em local terapêutico da maneira menos invasiva possível; e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Ainda segundo essa lei, o Estado tem total responsabilidade de desenvolver a política de saúde mental, dar assistência e promover ações de saúde direcionadas às pessoas com transtornos mentais, levando em consideração a participação dos familiares e da sociedade em geral. É importante destacar que o tratamento dessas pessoas tem como finalidade reinserir o paciente em seu meio social.

Também a Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, estabelece diretrizes e normas relacionadas ao bom desempenho no funcionamento das ações na área da saúde mental. Segundo essa portaria, para que a equipe técnica de saúde mental atue nas unidades básicas/centros de saúde, é necessário que ela seja definida a partir de critérios do órgão gestor local, podendo ser auxiliada por uma equipe composta pelos demais profissionais de saúde (médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, médico generalista, enfermeiro, auxiliares e agentes de saúde). Já nos ambulatórios especializados, a equipe multiprofissional, cujas atribuições serão definidas pelo órgão gestor local, deverá ser composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e auxiliares).

Além das unidades básicas/centros de saúde e ambulatórios, essa Portaria apresenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são unidades de saúde

locais que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar por equipe multiprofissional. Os NAPS/CAPS constituem-se porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental. Neles são realizados tanto atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) quanto atendimentos grupais (psicoterapia, grupo operativo, oficina terapêutica, atividades socioterápicas, entre outros). São feitas também visitas domiciliares, atendimento aos familiares e atividades comunitárias voltadas sempre para a reinserção social das pessoas com transtornos mentais.

Em 4 de outubro de 1994, foi publicada a Portaria nº 1.720, que institui o dia 10 de outubro como o Dia Mundial da Saúde Mental pela Federação Mundial de Saúde Mental e pela Organização Mundial da Saúde. Essa portaria tem, ainda, a finalidade de: garantir respeito aos direitos das pessoas que sofrem transtorno mental; expandir os programas de prevenção, procurando reduzir a ameaça dos transtornos emocionais nos grupos vulneráveis; estimular o provimento dos serviços terapêuticos necessários e oportunos aos que deles necessitam; aprimorar a condição dos serviços de saúde mental em todo o mundo; e estimular a saúde mental e emocional em todos os povos.

A Portaria nº 975, de 12 de dezembro de 1995, traz diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal, afirmando que é direito da pessoa com transtorno mental ter: um tratamento humanizado e respeitoso, sem qualquer discriminação; assistência contra qualquer forma de abuso; espaço que garanta a sua liberdade e individualidade, oferecendo serviços terapêuticos e assistenciais imprescindíveis para a sua recuperação; convivência com a comunidade e acesso ao seu prontuário médico. Tal portaria diz ainda que, a partir de sua publicação, os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializadas deveriam ser eliminados num prazo de quatro anos, e que ficam proibidos, no Distrito Federal, a construção ou o funcionamento de novos hospitais e clínicas psiquiátricas especializadas e a ampliação da contratação de leitos hospitalares nos que já existiam.

No dia 11 de fevereiro de 2000, entrou também em vigor a Portaria nº 106, que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), considerando a necessidade de reestruturar o modelo de atenção dada às pessoas com transtornos mentais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); assegurar que exista uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial;

humanizar o atendimento psiquiátrico no SUS, de forma a reintegrar socialmente essa população; e implementar políticas para melhorar a qualidade da assistência à saúde mental, com o objetivo de reduzir as internações em hospitais psiquiátricos.

Foram então criados os SRT em saúde mental no âmbito do SUS. Segundo a portaria, SRT são moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar das pessoas com transtornos mentais egressas de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuam suporte social e laços familiares, de modo a viabilizar sua inserção social. A reabilitação psicossocial deve ser feita mediante a inserção em programas de alfabetização, a reinserção no trabalho e o desenvolvimento de atividades domésticas. É ao gestor municipal/estadual do SUS que cabe identificar quais são as pessoas com transtornos mentais que têm condições de ser contempladas por essa nova modalidade terapêutica.

Além dessa portaria, a Portaria nº 1.220, de 7 de novembro de 2000, e a Portaria nº 246, de 17 de fevereiro de 2005, visam igualmente à criação de residências terapêuticas, destinadas a abrigar essas pessoas e a servir de suporte para a prestação de serviços de atenção à saúde mental substitutivos da internação psiquiátrica prolongada.

Como parte da legislação brasileira voltada para a atenção à saúde mental, a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de internações. Esse auxílio é parte do Programa De Volta para Casa, um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. Esse programa é acompanhado por uma comissão de acompanhamento, instituída pela Portaria nº 2.078/GM, de 31 de outubro de 2003.

Por fim, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, define que fica estabelecida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o intuito de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para as pessoas com transtorno mental ou com problemas voltados ao uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Segundo essa lei, são diretrizes para a execução da RAPS: respeitar os direitos humanos; garantir a autonomia e a liberdade das pessoas; promover a equidade, levando em consideração os determinantes sociais da saúde; combater estigmas e preconceitos; assegurar o acesso e a qualidade dos serviços; oferecer cuidado integral e assistência multiprofissional; garantir atenção humanizada e

dirigida às necessidades das pessoas; diversificar as estratégias de cuidado; desenvolver atividades que favoreçam a inclusão social, promovendo a autonomia e a cidadania; desenvolver táticas de reduzir danos; enfatizar a participação e o controle social das pessoas com transtorno mental e de seus familiares; organizar serviços de Rede de Atenção à Saúde regionalizada, estabelecendo ações intersetoriais e garantindo a integralidade do cuidado; promover artifícios de educação permanente; e desenvolver a lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como foco a singularidade do sujeito.

Apesar de hoje em dia existirem políticas de inclusão do paciente no meio social, nas quais deve prevalecer o ser humano em vez da doença e o paciente deve ser incluído e compreendido socialmente, grande marco da reforma psiquiátrica, prevalecem as internações em asilos e manicômios como válvula de escape para isolá-lo da sociedade.

Foram estabelecidas variadas estratégias no quesito saúde da família. Uma dessas estratégias foi a implementação dos serviços substitutivos em saúde mental, destacando-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), impulsionando a questão política do Sistema Único de Saúde (SUS). A assistência direcionada para a saúde mental tem caminhado para a desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental que se encontram em manicômios, descentralizando o acompanhamento dessas pessoas nos CAPS.

Tendo como objetivo resgatar os recursos comunitários que o circundam e para cada vez mais conquistar a inserção social das pessoas com transtorno mental, os CAPS se tornaram serviços importantes para a reorganização da rede de atenção em saúde mental. Além dos Centros de Atenção Psicossocial, a Atenção Básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência e os clubes de lazer fazem parte do tratamento das pessoas com transtorno mental, auxiliando a atenção à saúde mental.

2.1.3. Ações de Redução de Danos na Estratégia Saúde da Família

Para combater o uso abusivo de álcool e outras drogas, foi desenvolvida no Brasil a estratégia de Redução de Danos, adotada pela primeira vez em 1989 no município de Santos, em São Paulo, cujo objetivo principal era reduzir os altos

índices de transmissão de HIV decorrentes do uso de drogas injetáveis. Proposta inicialmente como uma medida de prevenção da infecção pelo HIV, a Redução de Danos foi ao longo do tempo transformando-se em uma estratégia de saúde alternativa às medidas pautadas na lógica da abstinência, incorporando a diversidade das demandas e aumentando a assistência em saúde para os usuários de droga em geral (PASSOS; SOUZA, 2011).

Tais acontecimentos representaram um grande impulso na atenção à saúde dos usuários de Substâncias Psicoativas (SPA), pois a partir de 2003 as ações de Redução de Danos deixaram de ser uma estratégia exclusiva dos programas de DST/AIDS para se tornarem uma estratégia condutora na política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. As ações foram ampliadas a outras populações que não apenas os usuários de drogas, tais como presidiários, moradores de rua e profissionais do sexo (ANDRADE, 2011).

São diversas as alternativas colocadas à disposição dos usuários como medidas para a Redução de Danos, a saber: reflexão sobre a possibilidade de diminuir e/ou abster o consumo de drogas; substituir drogas consideradas “pesadas” por outras consideradas “mais brandas” (como substituir o crack pelo consumo da maconha); utilizar essas substâncias apenas nos fins de semana; fazer uso de protetores labiais para prevenir fissuras e queimaduras; não compartilhar cachimbos; evitar o consumo em locais de risco; distribuir seringas e preservativos para evitar o contágio com o vírus HIV, a hepatite B e outros; bem como promover atividades educativas, aconselhamento, reuniões comunitárias e vacinação geral, que são medidas para minimizar os efeitos nocivos inerentes ao consumo indiscriminado de drogas (MACHADO; BOARINI, 2013).

Vale ressaltar que a Atenção Básica deve ser a porta de entrada a qualquer cidadão na Rede de Atenção à Saúde. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como instrumento essencial na assistência a indivíduos, por ser um serviço de elevado potencial para se trabalharem ações de promoção, prevenção e rastreamento. Além de estar inserida na comunidade e atuar no cenário de vida da população, ela possibilita conhecer e acompanhar esses usuários, sendo capaz de intervir precocemente frente a possíveis fatores de risco e estabelecer as medidas de prevenção necessárias. (BRASIL, 2011).

A Redução de Danos (RD) não pode ser confundida com o incentivo ao uso de drogas, embora se fundamente no princípio de tolerância ou respeito às escolhas

individuais (SENAD, 2010). A RD contribui, entre outras coisas, para gerar informações adequadas sobre riscos, danos, práticas seguras, saúde, cidadania e direitos, para que as pessoas que usam álcool e outras drogas possam tomar suas decisões, buscar atendimento de saúde (se necessário) e estar inseridas socialmente em um contexto de garantias de direitos e cidadania. A RD também atua em nível de macropolítica, fomentando discussões e ações no campo das leis de drogas, sobre atenção em saúde mental e reforma psiquiátrica, sobre exclusão social e violência estrutural, entre outros temas relacionados às políticas públicas e à legislação (PASSOS, 2011).

No Brasil, na Grã-Bretanha e em vários países do mundo, a RD é uma política de saúde pública e um conjunto de estratégias práticas voltadas para o campo do uso de drogas, que visam a reduzir danos desse uso, sejam biológicos, sociais, econômicos ou culturais, sem necessariamente interrompê-lo, levando em consideração a liberdade de escolha das pessoas e a liberdade de uso do seu próprio corpo.

A Redução de Danos também pode ser compreendida como um movimento social e político que tem como objetivo contribuir para a transformação da visão de mundo e da postura da sociedade diante do problema das drogas, possibilitando o diálogo na sociedade e a expressão das pessoas que usam drogas sobre usos, necessidades, desejos, direitos e deveres. Observe-se porém que esse modelo ou princípio de intervenção pode ser aplicado a outras áreas da saúde pública e da promoção da saúde que não somente aos problemas associados à drogadição e dela decorrentes.

2.1.4. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Como mencionado, atualmente a saúde mental possui o mesmo valor que a saúde física, pois é necessário que se enxergue o homem biopsicossocialmente. A assistência à pessoa com transtorno mental percorreu vários momentos de modificação desde a institucionalização até a desinstitucionalização, esta última caracterizada pela implementação dos serviços de atenção psicossocial (ALVES, 2016).

A organização da rede de atenção em saúde mental, estimulando a vida em comunidade e a autonomia e respeitando a subjetividade, é o ponto crucial para que

seja efetivada a inclusão do usuário e também para que sejam alcançados os ideais da reforma psiquiátrica, resgatando os direitos da pessoa com transtorno mental (CARDOSO, 2014).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um assunto importante para a pauta dos gestores e formuladores das políticas de saúde é a formação de redes de atenção psicossocial. A ideia dessa discussão é a de que não existem, na área da saúde, tecnologias e até mesmo profissionais que atuem na execução do cuidado sem a contribuição dos saberes de outros. Portanto, diante da necessidade de troca de saberes e atuação multiprofissional, dando uma atenção integral à pessoa com transtorno mental e considerando que ela deve ser reconhecida biopsicossocialmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se torna fundamental para o trabalho voltado ao cuidado em saúde (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014). Desse modo, a Rede de Atenção Psicossocial tem o papel de criar, ampliar e articular locais de atenção à saúde para as pessoas com transtorno mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com a Lei nº 3.088/2011, alguns objetivos da RAPS são: atuar na ampliação da acessibilidade da população aos serviços de atenção psicossocial; exercer a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental no meio social; promover cursos e oficinas de formação permanente aos profissionais de saúde; incentivar atividades intersetoriais para prevenir e reduzir danos; planejar e divulgar informes sobre os direitos das pessoas, as medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; organizar as demandas de assistência da Rede de Atenção Psicossocial; e vistoriar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

A RAPS é uma das redes prioritárias das Redes de Atenção à Saúde (RAS), propostas para organizar as ações e os serviços de saúde, que, agregadas por meio de sistemas técnicos, de logística e de gestão, procuram assegurar o cuidado integral. São componentes da Rede de Atenção Psicossocial:

Quadro 1. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

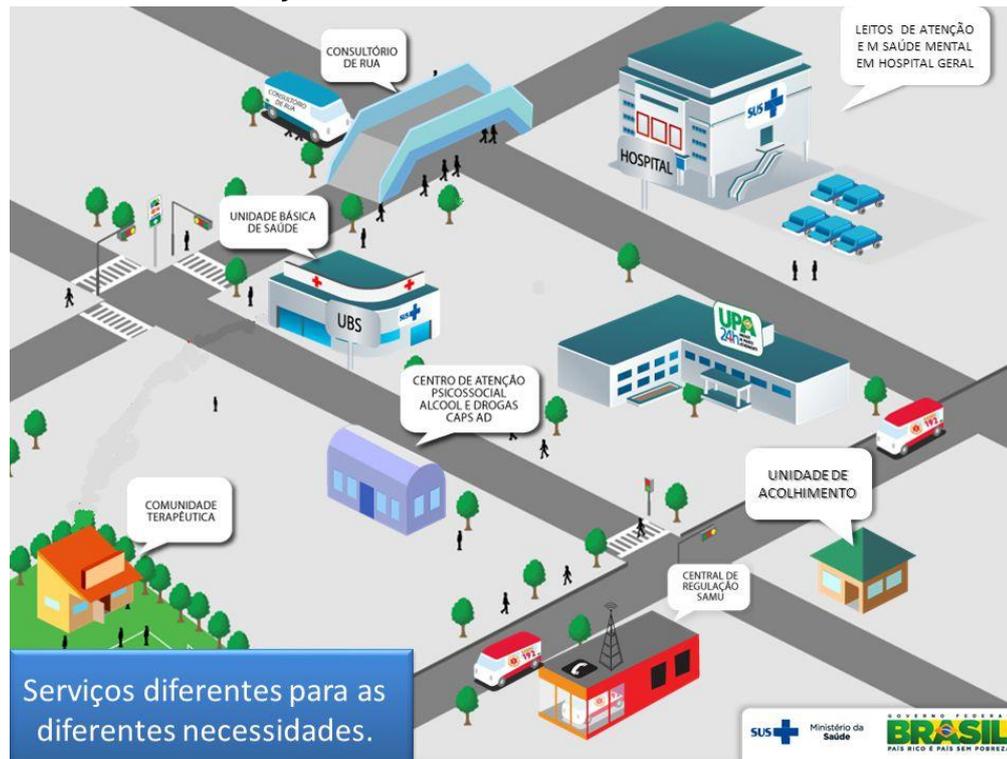
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde (UBS) • Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) <ul style="list-style-type: none"> • Consultório na Rua • Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter
--------------------------------	---

	<p>Transitório</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU (Serviço de Atendimento Móvel) 192 <ul style="list-style-type: none"> • Sala de Estabilização • UPA (Unidade de Pronto Atendimento) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, Unidades Básicas de Saúde (UBS).
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em Hospital Geral • Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos <ul style="list-style-type: none"> • Programa De Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda <ul style="list-style-type: none"> • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Ministério da Saúde, 2013

Tendo em vista que o modelo de atenção em saúde mental foi estruturado com a intenção de desenvolver e concretizar uma rede de atenção que atendesse a população além dos muros hospitalares, vários serviços substitutivos foram implantados no Brasil desde a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental, como por exemplo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência, o Programa De Volta para Casa e as Residências Terapêuticas. O hospital psiquiátrico ainda existe em muitos lugares do país, porém não deveria ser mais o principal foco de tratamento. De pouco em pouco, ele deve ser desativado, para que seja oferecido um cuidado em liberdade e com qualidade de vida para as pessoas com transtorno mental (CORREIA, 2011).

Figura 1. A Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: Ministério da Saúde, 2012

2.1.5. A atenção primária à saúde e o consumo de drogas

A Declaração de Alma Ata, firmada em 1978, foi fundamental para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) por todo o mundo. Ela enfatiza que a APS é o núcleo de um sistema de saúde (ARANTES et al., 2016).

Conforme o Ministério da Saúde (2013), está prescrito na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas o compromisso de proporcionar, na atenção primária, o cuidado de pessoas que usam drogas ofertando medicamentos e estimulando o convívio social; dar ciência para a população; instituir uma rede de apoio formada por comunidade, família e pacientes; intensificar vínculos exercendo a intersetorialidade; e apoiar a realização de pesquisas.

Considerando-se que o abuso e a dependência de drogas são uma espécie de transtorno mental, é necessário reforçar a contribuição da reforma psiquiátrica na habilidade que os especialistas precisam ter em cuidar dos pacientes de maneira integral, ou seja, dentro e fora do hospital, fazendo, assim, com que haja o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), de modo que ela consiga

atender a todos os indivíduos com transtorno mental por conta do abuso de drogas. É fundamental que a APS esteja apossada de maneiras de cuidar, reabilitar e conduzir esses sujeitos juntamente à sociedade e à rede de saúde, no geral (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010, online):

Pode-se definir a atenção primária à saúde como a porta de entrada no sistema de saúde, fornecendo os cuidados primários e essenciais à pessoa. Atenção que não é frisada especialmente na enfermidade, mas na promoção da saúde e prevenção de doenças. Investindo na promoção, diminui a demanda de procurar pelos níveis secundário e terciário e atesta maior qualidade de vida a essas pessoas. Sendo assim, a atenção primária deve estar apta a resolver problemas mínimos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e, mais do isso, de prevenir o uso desenfreado dessas substâncias.

Assim sendo, não se deve focar a abstinência. É imprescindível que a pessoa com transtorno mental decorrente de dependência química seja reconhecida por sua totalidade. Isso quer dizer que zelar pela singularidade de cada pessoa, considerando suas adversidades, histórias de vida e inserção no ambiente social, é primordial para compreender a causa de ela ter chegado àquela situação e traçar estratégias de promoção à saúde desses sujeitos, considerando sempre que eles são os atores principais e precisam integrar-se ao planejamento e à execução das ações voltadas para o seu tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

De acordo com Barros (2006), embora os profissionais de saúde que atuam na atenção primária não estejam adequadamente assistidos no que diz respeito a preparação, equipamentos, instrumentos, reconhecimento, investimentos e qualificação, eles são personagens essenciais para a consolidação do cuidado ao usuário de drogas:

[...] o álcool é a substância psicoativa de maior uso no Brasil. Vários fatores influenciam esse uso, podendo-se destacar o fato dela ser uma droga lícita, socialmente aceita e muitas vezes ter seu uso incentivado pela sociedade (como por exemplo, os chamados “ritos de passagem” caracterizados pelo primeiro “porre” na adolescência); ser uma droga de fácil acesso e de baixo preço e ainda apresentar deficiência na fiscalização (venda para menores de idade, por exemplo). (GOULART, 2010, p.106).

Todavia, a sociedade ressalta quase unicamente a maconha e a cocaína como o problema das drogas ilícitas, uma vez que o álcool, o tabaco e

os solventes estão incorporados nas distintas conjunturas com as quais o sujeito se relaciona.

Mesmo se reconhecendo as implicações dessas drogas, é possível utilizá-las casualmente em eventos sociais, festas, shows, dentre outros, sem risco de gerar dependência para grande parte das pessoas (DE SANTANA SILVA; LINS; DE CASTRO, 2016).

2.1.6. Atitudes dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no contexto das drogas

A idealização do Programa Saúde da Família (PSF) se deu no Programa dos Agentes Comunitários da Saúde (PACS). Ela foi estabelecida pelo Ministério da Saúde com a finalidade de se concentrar em serviços voltados para os familiares, e não para o paciente, buscando engajar a sociedade no sistema de saúde e priorizando a reestruturação da atenção primária, reformulando a demanda assistencial. “O programa é uma solução para engajar os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer” (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2013, p.):

A APS se tornou evidência no momento da implementação do Programa Saúde da Família (PSF), que surgiu como um reforço mais expandido da APS. Posteriormente, o PSF se transformou em Estratégia Saúde da Família (ESF). Adquirindo a habilidade de reestruturar o sistema de saúde, buscando atender às necessidades da sociedade. (ARANTES et al., 2016, p.1501)

Os profissionais que trabalham no PSF lidam exatamente com os condicionantes e determinantes de saúde de cada sujeito e de seus familiares. Eles agem na integralidade do paciente, não apenas na doença. O uso de drogas abrange toda a sociedade e familiares, por causa dos efeitos que ela origina. Por isso, o PSF está implicado no objetivo de proporcionar assistência integral ao paciente e a seus familiares, e é essencial no quesito assistencial e singular aos indivíduos com transtorno psicológico decorrente do uso de drogas (DE SANTANA SILVA; LINS; DE CASTRO, 2016).

O Programa de Saúde da Família é um importante articulador na rede de saúde mental, pois visa superar o modelo hospitalocêntrico e voltar o cuidado na família, não enfatizando apenas o paciente, o PSF trabalha com conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, selecionam atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental. Além das ações desenvolvidas pelo programa na área de saúde mental, é preciso que os ACS e os profissionais da área buscam estar cada vez mais familiarizadas com o universo dos transtornos mentais, sua lógica e linguagem, o que os auxilia nos problemas que poderão vir a ocorrer nos pacientes. (MENEZES, 2011, p. 37)

Os ACS procuram gradualmente a inserção das pessoas com transtorno mental na sociedade, e vêm conquistando espaço desde o século passado, quando se destacou a atenção psiquiátrica associada à atenção primária à saúde e foram criadas redes de apoio social e serviços comunitários que conseguissem dar apoio aos pacientes em seu dia a dia.

Com a reforma psiquiátrica, buscou-se substituir a forma de intervenção nos manicômios, que estabelece aos indivíduos ali instalados uma vida distante de seu meio social, e procurou-se tratá-los de maneira mais inclusiva, sem internações impostas, e permitindo que os pacientes tenham certa condição de convívio social. Dessa forma, “o PSF se configura como campo de práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde mental, na medida em que tem como proposta a produção de cuidados” (CORREIA, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o uso de drogas prejudica os sujeitos de diversas maneiras e por distintos meios. Grande parte das pessoas que usam drogas não admite que necessita de ajuda e acaba recusando o tratamento. Outros nem se preocupam em buscar cuidados, pois não se sentem aceitos nos serviços de saúde. Com uma adesão pequena, os serviços de saúde terminam não tendo êxito na colaboração para a inserção social e familiar do paciente.

Dessa forma, compreende-se que a rede de profissionais, familiares e sociedade é fundamental para a promoção da saúde desses indivíduos. Ao se detectar a relevância dessa rede no ambiente social, é dada a possibilidade de amparar, interagir, compreender, conduzir, prevenir e restaurar a vida desses indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A assertiva “cuidados culturais” refere-se aos tipos de cuidados que a equipe de saúde precisa desempenhar na perspectiva de ser compassiva, qualificada e eficiente. O PSF foi instituído pela necessidade de romper com o modelo imposto pela sociedade e instituir uma ação voltada para a assistência à saúde,

possibilitando uma atenção corretiva, curativa e individualizada. Todos esses atributos são recomendações produzidas pelo PSF, que legitima as atividades de promoção à saúde e tarefas próximas da sociedade:

O PSF nasceu da necessidade de se romper com o modelo assistencial em saúde, hegemônico no Brasil, caracterizado por oferecer atenção curativa, medicalizante, verticalizada, individualista, centrada no médico e de pouca resolutividade em termos dos problemas dos usuários do sistema. Além disso, o Programa tem como proposta a criação de novo modelo de atenção que prioriza ações de promoção à saúde e serviços mais próximos da comunidade. Dessa forma, é visto como dispositivo essencial na reorganização da Atenção Básica à saúde e na reorientação do modelo assistencial, visto que visa imprimir nova dinâmica de trabalho na saúde pública. O PSF tem como propostas:

- 1- Singularizar a relação usuário/equipe: as pessoas deixam de ser um prontuário, um número, para transformarem-se em biografias;
- 2- Descentralizar a relação médico-paciente para a relação usuário-equipe;
- 3- Desenvolver vínculos com a comunidade, com a ajuda do agente comunitário de saúde;
- 4- Aperfeiçoar a cobertura, pois o Programa atende por necessidade e não por demanda;
- 5- Abordar problemas na própria região, evitando-se encaminhamentos desnecessários e contando com os recursos da comunidade;
- 6- Contribuir para a participação e o protagonismo de todas as pessoas implicadas. (COSTA, 2013, p. 29)

O PSF tem o papel de registrar as famílias, executando uma análise a respeito das enfermidades básicas, constituindo assim metas e ações para que essas adversidades possam ser resolvidas; logo depois, os agentes comunitários de saúde iniciam suas atividades fortalecendo o elo entre a sociedade e os serviços de saúde. No que se refere às pessoas com transtorno mental, a finalidade é que ocorra a inserção de novos lugares para se originar uma humanização, permitindo-se a convivência da sociedade com essas pessoas. Dessa forma, foram instituídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para que fossem os principais substitutos dos manicômios.

Atualmente esse trabalho desenvolvido pelos ACS, que possuem uma articulação entre saúde mental e Atenção Básica, tornou-se algo imprescindível para os gestores em saúde, estabelecendo um cuidado contínuo e de qualidade ao paciente com transtorno mental. O trabalho dos profissionais que atuam no PSF é estar sempre empenhados a realizar intervenções imediatas, se antecipando aos problemas, para que não sejam realizadas ações desnecessárias.

Em circunstâncias menos complicadas, determinadas intervenções de saúde com pacientes que têm transtornos relacionados a dependência química e/ou sofrimento psíquico podem ser realizadas em seu espaço social, sem que a pessoa seja afastada da convivência em sociedade. A assistência dessas conjunturas junto aos profissionais de Atenção Básica possibilita etapas essenciais para que o antigo modelo psiquiátrico seja direcionado somente para aqueles pacientes que possuem transtornos mais graves:

O fortalecimento da resolutividade da Atenção Básica, para as demandas de saúde mais frequentes cuja resposta mais adequada possa ser encontrada exclusivamente no arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina; desta última característica decorrem duas outras fundamentais: a importância excepcional que adquirem neste espaço [as chamadas] “tecnologias de escuta e de negociação das regras comportamentais e organizacionais”, ou, em outras palavras, a importância das tecnologias de conversa que facilitarão a identificação, elaboração e negociação com os usuários das necessidades que podem vir a ser satisfeitas naquela ou em outros espaços institucionais; e a importância da ação multiprofissional e da articulação intersetorial, já que a atenção primária possui inevitavelmente essa vocação de “porta de entrada” não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde ou simplesmente aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão. (TEIXEIRA, 2004).

Ao se promover uma estratégia de reestruturação da atenção à saúde mental com alternativas que inativam o modelo manicomial; ao ser implantada a inserção dos assuntos de saúde mental na política de implantações do Programa Saúde da Família, conduziram-se oportunidades favoráveis para que os pacientes, com suas famílias, possam voltar ao ambiente social sem ser apontados como “loucos” ou doentes mentais.

Alguns obstáculos são encontrados para que o paciente tenha acesso ao campo da saúde mental, pois as unidades de saúde vêm respondendo por menos de 10% da demanda, quando teriam que ser um local privilegiado de acolhimento; tal fator ressalta a dificuldade de inserção da saúde mental na Atenção Básica nos hospitais psiquiátricos, é preciso oferecer qualidade de atendimento, quais as práticas de saúde são produzidas, ou seja, quais as estratégias podem ser focadas para se realizar um bom serviço em relação à Atenção Básica, onde o paciente encontre soluções na própria unidade básica, sem que seja necessário ser internado em hospitais psiquiátricos.

O principal objetivo da saúde mental é orientar em todas as esferas de governo a concretização e o desenvolvimento de uma rede extra-hospitalar e o vínculo entre os dispositivos existentes. Sua atuação engloba também determinados cuidados que são realizados para desempenho de projetos voltados para a saúde mental, como a capacitação continuada para todas as equipes que compõem as unidades de saúde da família, efetuando também condutas divididas entre as equipes especializadas e as equipes de Atenção Básica.

Diversos fatos referentes aos transtornos relacionados com saúde mental podem vir a ser solucionados na assistência, sem que seja necessária a condução a setores especializados do sistema de saúde. Para que ocorresse uma descentralização dos serviços de saúde direcionados às pessoas com transtornos mentais, efetuaram-se a incorporação dos serviços de saúde mental a unidades de saúde de cuidados gerais, a capacitação de profissionais não qualificados e a participação efetiva da comunidade e da família.

De acordo com a Reforma Psiquiátrica cria-se um novo modelo Psicossocial de Cuidado que propõe que os fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais se tornem determinantes das doenças. A partir desse modelo as terapias saíam do escopo dos manicômios e medicamentos exclusivos e o paciente passa a ter sua família e a sociedade, que se tornarão agentes fundamentais do cuidado. Com esse modelo podemos identificar a questão da integralidade da atenção e a participação social, além de se agrupar uma maior extensão no conceito saúde-doença, enfatizando uma interdisciplinaridade no cuidado do paciente, sempre orientados pelas ações do modelo psicossocial de cuidado e do PSF.

No Brasil, a mudança de compreensão e de trabalho a respeito da pessoa com transtorno mental pode ser classificada como recente.

Segundo Amarante (2008, p.117), o objetivo da reforma psiquiátrica é

[...] não só tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade.

Dessa forma, a reforma psiquiátrica, ainda nos tempos atuais, tem o objetivo de aperfeiçoar a qualidade da assistência e desenvolver procedimentos e ambientes para tratamento focado na inserção da pessoa com transtorno mental na sociedade,

repudiando o conceito de que os “loucos” têm de ser separados da sociedade para que sejam tratados. Sendo assim, foi gerada a oportunidade de um tratamento humanizado, sem a necessidade de isolar essas pessoas do convívio social e familiar, isolamento ao qual elas eram submetidas até o período.

Como afirma Heidrich (2007), ao analisar a experiência italiana da reforma psiquiátrica.

[...] não bastava trocar o local do tratamento ao portador de transtorno mental, mas transformar a forma de conceber a problemática da loucura, cuidar, pensar e lidar com ela. Para os italianos, tratava-se de colocar a doença entre parênteses e cuidar da pessoa.

Da nova concepção de saúde mental, que tem por finalidade focar não a doença, mas a pessoa, proporcionando-lhe uma abordagem humanizada e de excelência, derivou a formação de novos procedimentos e locais de intervenção terapêutica que atentam para uma ação intersectorial com as outras políticas sociais e uma assistência voltada para a consolidação e a atuação em rede, que permita uma intercessão interligada, objetivando a integralidade na assistência ao paciente.

Portanto, a presença dos Agentes Comunitários de Saúde frente às demandas relacionadas à saúde mental, ressaltando suas percepções, visa proporcionar um convívio social entre a comunidade e as pessoas que possuem um sofrimento psíquico. As ações realizadas nas clínicas psiquiátricas não podem ser deixadas de lado, mas existe atualmente uma reforma psiquiátrica, que impõe um novo modelo de assistência e Atenção Básica, onde os ACS que normalmente já fazem parte da comunidade fazem visitas diárias, relatando todos os casos encontrados na localidade e repassando a toda equipe de saúde para que possam dar continuidade no atendimento.

A cooperação dos agentes comunitários de saúde em ações em conjunto com as pessoas com transtorno mental tem sido efetivada em todo o Brasil. Os ACS são responsáveis por três condutas fundamentais: identificação de novas ocorrências, monitoração das ocorrências já identificadas e direcionamento aos profissionais de saúde, concretizando assim uma atenção particular aos doentes, principalmente aos que padecem de transtorno mental, constituindo um auxílio por meio de visitas domiciliares.

Em informações relatadas por ACS, nas intervenções realizadas em pacientes que possuem algum tipo de transtorno mental, foram desenvolvidos diagnósticos baseados nas referências da Organização Mundial de Saúde (2001). Nos casos específicos de saúde mental, é mencionada uma dificuldade maior por parte da população em aceitar tais doentes em seu convívio social, por esse motivo é realizado sempre que necessário palestras informativas a respeito da qualidade de vida de todos, inclusive do paciente no âmbito social, e que esse convívio não causa nenhum mal a ninguém, e vem apenas agregar um auxílio a família e a ao paciente.

Assim sendo, o Sistema Único de Saúde (SUS) prega a igualdade na assistência, sem discriminações ou benefícios de qualquer tipo, procurando suporte multidisciplinar por meio da articulação e da atuação da população (BRÊDA; AUGUSTO, 2001). Os princípios e as diretrizes do SUS têm procedência na procura por qualidade de vida das pessoas e na construção de ambientes saudáveis. “A atenção à saúde deve ser integral, universal, promovendo a resolubilidade, intersetorialidade, equidade e humanização no atendimento para garantir o vínculo com a população que deve estar presente nas decisões e melhorias na assistência” (BRÊDA; AUGUSTO, 2001).

Sob essa perspectiva, o portador de sofrimento psíquico deve ter garantida a assistência à sua saúde, de modo transversal, em todos os níveis de atenção à saúde da população, não somente em serviços especializados. O ACS deve prestar o cuidado integral, contínuo e participar dos programas realizados na área adstrita, promovendo a saúde individual ou em grupos, detectando, o mais rápido possível, as necessidades da assistência, buscando apoio de qualidade no território e não se limitando aos recursos provenientes da ESF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005 e 2007).

Os familiares das pessoas com transtorno mental procuram os ACS por meio dos registros, por meio de contato direto dos pacientes com o serviço de saúde ou até mesmo através da visita do ACS às casas. Essa visita é fundamental, porque variadas vezes os transtornos poderiam não ser notados, ocasionando um início tardio do tratamento.

A intervenção precoce é fundamental no bloqueio do progresso rumo a uma doença plenamente instalada, no controle dos sintomas e na melhoria dos resultados. Quanto mais depressa for instituído um curso de tratamento, melhor será a prognose. (OMS, 2001)

O primeiro contato executado entre os ACS e os familiares, na elaboração de um cadastro, é a primeira possibilidade de se descreverem dificuldades relacionadas com a saúde mental; para o encaminhamento apropriado desses pacientes, é fundamental todo e qualquer dado e uma explicação minuciosa sobre o cotidiano das pessoas com transtorno mental, porque sem essas informações é complexo dar continuidade ao tratamento. Outro elemento identificado através dos agentes é a relutância do paciente em aceitar se tratar com psicólogos ou psiquiatras.

2.1.7. Formação/sensibilização de profissionais da Estratégia Saúde da Família em saúde mental e seu impacto no processo de trabalho em saúde, bem como os benefícios no atendimento da população

É necessário levar em consideração que há um elemento de sofrimento subjetivo relacionado com toda e qualquer patologia, elemento que por muitas vezes age como um bloqueio, impedindo o indivíduo de realizar práticas de promoção da saúde. Pode-se considerar que qualquer tipo de doença é, também, um problema de saúde mental. Nessa perspectiva, é essencial o vínculo da saúde mental com toda a rede de saúde, principalmente com a Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2010).

A integração da Estratégia Saúde da Família (ESF) com as políticas de saúde mental, por sua vez, implica também transformações profundas nas práticas de saúde institucionalizadas. A lógica dos “especialismos”, ainda muito arraigada à cultura médica e hospitalocêntrica, encontrada entre os técnicos e mesmo entre a população usuária, dificulta a implementação de novas formas de cuidado. Tal lógica pressupõe relações hierarquizadas de saberes e poderes entre os diferentes membros da equipe e desta com os usuários. Isso quer dizer que é preciso pôr em curso alterações na forma de organização dos serviços, pautadas por mudanças nos saberes instituídos que delimitam quem é competente e quem tem autoridade para lidar com o transtorno mental. (SINIBALDI, 2013, p.21)

Existem fundamentos similares no que diz respeito aos procedimentos executados nas equipes de saúde da família e nas equipes de saúde mental, como o trabalho considerando a conjuntura familiar do paciente, prezando pelo prosseguimento contínuo do cuidado, e a estruturação em rede. Portanto, é crucial que as práticas de saúde mental sejam inseridas na atuação da atenção primária em saúde, visto que uma complementa a outra de forma integral, universal e com equidade (BRASIL, 2013).

Por isso, para cumprir o princípio da integralidade, é preciso incorporar a atenção às pessoas com transtornos mentais às ações básicas de saúde. A integralidade é compreendida como um composto estruturado e continuado de atuações e atividades de prevenção e cura, de forma individual e/ou coletiva, requerido para cada situação, em todas as esferas de complexidade (BARROSO; SILVA, 2011).

Tendo em vista que as Equipes de Saúde da Família (eSF) precisam estar aptas para receber e compreender as situações de saúde mental que constantemente fazem parte de seu cotidiano, entende-se que o trabalho conjunto entre as eSF e as de saúde mental aperfeiçoa o cuidar e propicia uma conduta integral, melhorando a qualidade de vida dos sujeitos, de seus familiares e de toda a rede de apoio que o cerca (BRASIL, 2013):

Tradicionalmente, o modelo hierarquizado de atendimento em saúde produziu fragmentação e burocratização nas formas de relacionamento entre os serviços de saúde, instituindo formas de se conceber e de se intervir nos equipamentos de saúde, repercutindo na desresponsabilização em vez de corresponsabilização entre profissionais e serviços. Dessa forma, o cuidado com a demanda em saúde mental é visto como um acréscimo de trabalho e encarado como uma desresponsabilização dos serviços especializados. (SILVA et al., 2017, p.123)

Quadro 2. Saúde mental na atenção primária à saúde – diretrizes para a atuação das equipes de saúde

1. Deve-se identificar, acolher e atender às demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade – os pacientes devem ter acesso ao cuidado em saúde mental o mais próximo possível do seu local de moradia, de seus laços sociais e familiares.
2. Devem ser priorizadas as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações de maior vulnerabilidade e risco social).
3. As intervenções devem se dar a partir do contexto familiar e comunitário – a família e a comunidade devem ser parceiras no processo de cuidado.
4. É fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar.
5. As redes sanitária e comunitária são importantes nas estratégias a serem pensadas para o trabalho conjunto entre saúde mental e equipes de Saúde da Família.
6. O cuidado integral articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial.
7. A educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária.

Fonte: BRASIL, 2010

Nesse contexto insere-se o apoio matricial, que nada mais é do que ampliar a habilidade das eSF de saber como resolver questões que envolvem o sofrimento psíquico e agregá-las às outras situações que compreendem a rede assistencial. Dessa forma, o apoio matricial permite que a prevenção e o procedimento terapêutico dos transtornos mentais, bem como a promoção da saúde e a reabilitação psicossocial do indivíduo, ocorram na atenção primária à saúde. Além disso, as equipes de saúde da família e de saúde mental precisam caminhar juntas pelo fato de que as duas são responsáveis pelo território no qual atuam (BRASIL, 2010):

Com isso, a proposta de apoio matricial faz-se a partir do movimento de ações integrativas e terapêuticas entre a equipe de referência da Atenção Básica e a equipe de outros serviços adequados à demanda de cada caso. Nesse sentido, os atendimentos em saúde mental serão acompanhados e fortalecidos por saberes específicos dos diversos profissionais de saúde. Além disso, a aposta nesse arranjo está na troca de saberes entre equipes e profissionais em torno da busca de ofertas de ações/serviços que tenham potência para modificar positivamente os problemas de saúde (no seu amplo sentido) de um sujeito individual ou coletivo, com o uso, o mais racional possível, de toda ordem de recursos disponíveis. (SILVA et al., 2017, p.123)

Por trabalharem nos territórios, as eSF lidam diariamente com violência física, moral e psicológica, agressões essas que estão enraizadas socialmente e que são determinantes de sofrimento psíquico. As condutas de saúde pública se caracterizam como práticas sociais que buscam compreender o todo do indivíduo, não só a doença. Isso porque entender os determinantes sociais que fazem parte do cotidiano do paciente pode colaborar para que a equipe de saúde da família reconheça o processo de adoecimento (BERTUSSI et al., 2018).

Por isso a urgência em aumentar a atuação dos serviços de saúde mental nas eSF, qualificando essas equipes para melhorar a identificação e a capacidade de resolver e tratar as pessoas com transtornos mentais de forma preventiva e promovendo a saúde (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2013).

Sendo assim, na medida em que as eSF compreendem os determinantes sociais que cercam o sofrimento do sujeito, elas estão aptas para traçar estratégias que previnam decorrências de discriminação e exclusão social, agressões psíquicas e físicas e todo e qualquer tipo de determinante social que possa interferir na qualidade de vida da pessoa, como quadros depressivos, uso de substâncias psicoativas e somatização (CAMATTA; TOCANTINS; SCHNEIDER, 2016).

Quadro 3. Situação de risco

- Cárcere privado;
- Abuso ou negligência familiar;
- Suspeita de maus-tratos e abuso sexual de crianças e adolescentes, além de outras evidências de violência intrafamiliar;
- Situações de violência entre vizinhos;
- Situações de extremo isolamento social;
- Situações de grave exclusão social (idoso ou pessoa com deficiência em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal ou social, população em situação de rua);
- Indivíduos com história de múltiplas internações psiquiátricas, sem tratamento extra-hospitalar;
- Uso de medicação psiquiátrica por longo tempo sem avaliação médica;
- Problemas graves relacionados ao abuso de álcool e outras drogas;
- Crises psicóticas;
- Tentativas de suicídio;
- Crises convulsivas e conversivas.

Fonte: BRASIL, 2010

Portanto, é premente capacitar os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e, mais do que isso, introduzir no ensino acadêmico a importância de profissionais preparados para lidar com os diversos cenários de saúde mental na atenção primária. Com isso, será possível trabalhar de forma interdisciplinar o processo saúde-doença, abrangendo a subjetividade e o contexto social no qual o indivíduo está inserido (BARROSO; SILVA, 2011).

2.1.8. A Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi proposta por Serge Moscovici em 1961, por meio da obra *La Psychanalyse, son image et son public*. De acordo com Jodelet (2001, p. 22), as representações sociais são:

Uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico.

Assim, as representações sociais constituem uma forma de conhecimento específica e irreduzível a qualquer outra. Trata-se de um conceito que explica a diversidade do pensamento em organizações sociais particulares, onde os conteúdos do conhecimento científico passaram a circular (Castro, 2002).

Convém destacar que a TRS se desdobra em algumas correntes teórico-metodológicas. As principais são as abordagens *dimensional*, *estrutural* e *societal*. O presente estudo baseia-se nas abordagens dimensional e estrutural da TRS, uma vez que se preocupa em conhecer o conteúdo e a estrutura da representação social do usuário de drogas.

De acordo com Arruda (2002), a abordagem dimensional se caracteriza pelo estudo dos conteúdos representacionais, abrangendo a totalidade de expressões, ideias, imagens e valores que circulam no discurso sobre o objeto. Além disso, ocupa-se com os processos de construção da representação, em que se destacam dois processos: a objetivação e a ancoragem.

A ancoragem é um mecanismo que tenta aproximar ideias estranhas, reduzindo-as a categorias e a imagens comuns, colocando-as em um contexto familiar. É um processo que compara algo estranho com um paradigma de uma categoria que o ator social pensa ser apropriada. No momento em que determinado objeto ou ideia é comparado ao paradigma de uma categoria, adquire características dessa categoria e é reajustado para que se enquadre nela. Assim, uma pessoa religiosa, por exemplo, procura relacionar um comportamento estranho a uma escala religiosa de valores. Já a objetivação é o processo pelo qual os elementos constituintes da representação se organizam e adquirem materialidade, tornando o abstrato concreto. A objetivação faz com que se torne real um esquema conceptual, conferindo-se, a uma imagem, uma contrapartida material (Melo, & Maciel, 2014; Moscovici, 2011).

Assim, a abordagem dimensional está preocupada fundamentalmente com o conteúdo de uma representação, tentando apreender os diferentes momentos e movimentos da sua elaboração. Contudo, para Abric (1996, ^{2001a}, ^{2001b}) não basta conhecer o conteúdo de uma representação para defini-la, sendo preciso identificar o seu núcleo central, pois este é quem lhe dá significado e quem rege a sua transformação. Nesse sentido, duas representações podem possuir o mesmo conteúdo, mas ter significações diferentes em virtude da sua estrutura. Dessa forma, evidencia-se a abordagem estrutural da TRS.

De acordo com Abric (2001a), as representações sociais são formadas por dois componentes: o núcleo central e os elementos periféricos. Essa organização é governada por um duplo sistema, denominado sistema central e sistema periférico, que formam a estrutura da representação social. O sistema central é composto pelo núcleo central da representação, que tem como característica principal o fato de ser marcado e determinado pelas condições históricas, sociológicas e ideológicas, estando, portanto, fortemente enraizado na memória coletiva de um grupo e balizado pelo seu sistema de normas e valores. Por conseguinte, o núcleo central é estável, resistente à mudança e coerente, e é o responsável pela continuidade, consistência e permanência da representação. Ele representa a base comum e consensual da representação social, sendo a homogeneidade do grupo social arquivada e definida através dele. Além disso, caracteriza-se por ser relativamente independente do

contexto material e do contexto social imediato, nos quais a representação é posta em evidência (Abric, 1996, ^{2001a}; Melo, & Maciel, 2014).

Abric (2001b) atribui aos estudos de Flament a complementação da teoria do núcleo central, tendo em vista que esse autor demonstrou a importância e o papel dos elementos periféricos na estrutura da representação. Assim, enquanto o sistema central é essencialmente normativo, o sistema periférico se caracteriza por sua funcionalidade, pois é regido por fatores do contexto imediato, atualizando e contextualizando constantemente as determinações normativas dos elementos centrais. Tendo um caráter mais sensível, heterogêneo e flexível, o sistema periférico é a interface entre o sistema central e a realidade concreta. Sem ele, a representação não poderia estar enraizada na realidade do momento, logo, o sistema periférico é um complemento indispensável do sistema central (Abric, 1996, ^{2001a}).

A postulação desses dois sistemas, central e periférico, permite a compreensão das representações sociais como um mecanismo de adaptação sociocognitiva. Isto porque a realidade apropriada e reestruturada pelo indivíduo ou grupo constitui a realidade em si, sendo essa realidade reconstruída pelo seu sistema cognitivo e integrada ao seu sistema de valores. Pode-se considerar, portanto, que existe uma indissociabilidade entre a experiência subjetiva e a inserção social dos sujeitos (Abric, 2001a; Melo, & Maciel, 2014).

Com base nisso, pode-se compreender as representações sociais dos profissionais de saúde como uma interpretação coletiva da realidade vivida e falada por esse grupo social, direcionando comportamentos e comunicações.

2.2. METODOLOGIA

2.2.1. Caracterização do estudo

Esta pesquisa é parte de um estudo nacional intitulado “Caminhos do Cuidado – formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica”,

realizado pelo Ministério da Saúde entre 2013 e 2016. Contudo, a inserção do meu subprojeto de doutorado, “*Analisar a formação dos profissionais de saúde da ESF em saúde mental, com ênfase no uso de crack, álcool e outras drogas, nas cinco regiões brasileiras*”, tem em vista analisar como essa formação com os profissionais impactou a forma de atuarem e exercerem suas ações no âmbito da saúde mental, com ênfase no uso de crack, álcool e outras drogas.

Segundo Grenn (2004), uma pesquisa em saúde pode incluir estudos direcionados à compreensão da saúde humana, ao comportamento da saúde ou aos serviços de atendimento e de comportamentos saudáveis, assim como da performance dos serviços de atendimento.

No entanto, abordagens qualitativas vêm cada vez mais dando sustentação aos estudos científicos em saúde na busca pela aproximação de fenômenos subjetivos que envolvem o ser humano, permitindo uma análise para além dos números e, conseqüentemente, maior sustentação e aprofundamento dessa análise, proporcionando a ampliação do entendimento sobre alguns fatos e fenômenos naturais (FERREIRA, 2002).

Apesar de uma das críticas à metodologia qualitativa se referir à representatividade, na maior parte das vezes relacionada à possibilidade de generalizações dos dados (MARTINS, 2004), a pesquisa qualitativa tem cada vez mais ganhado espaço nas pesquisas científicas, uma vez que não cabe a ela a preocupação com a generalização, e sim levar em consideração o estudo em amplitude e profundidade.

Nas ciências da saúde, essa abordagem, que enxerga os seres humanos em sua totalidade e é inicialmente difundida nas pesquisas sociais, está em franca expansão, permitindo conhecer a subjetividade das pessoas atendidas nos serviços de saúde, bem como o significado de suas vivências e sua relação com o mundo que as cerca, no âmbito individual e coletivo, por meio do trabalho com o universo de representações, crenças, valores e atitudes, ressaltando questões antes despercebidas (PRAÇA e MERIGHI, 2003).

Ademais, a abordagem qualitativa trabalha em nível de intensidade das relações sociais (MINAYO e SANCHES, 1993), oferecendo subsídios para que a equipe de saúde compreenda as implicações dessa subjetividade no processo de assistência e proporcionando uma mudança de paradigma do próprio atendimento. Desse modo, ela pode repercutir de forma direta na qualidade do serviço de saúde

prestado, tanto em nível programático como diretamente no cuidado, sendo a observação dos dados da experiência, segundo Comte (1978) e Durkheim (1978), a única forma científica de apreender o social.

As sociedades existem em um tempo e um espaço determinados; são dinâmicas, específicas e provisórias, sendo essas as características fundamentais de qualquer questão social (LEFÈVRE, 2003). A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva. Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, pensamento ou discurso que possamos elaborar sobre ela (LEFÈVRE, 2003).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, com um nível de realidade que não pode ser totalmente quantificado (LEFÈVRE, 2003). O desafio a que o DSC busca responder é o da autoexpressão do pensamento ou opinião coletiva, respeitando a dupla condição qualitativa e quantitativa destes (LEFÈVRE, 2009).

Considerando-se o quadro da pesquisa empírica, o pensamento, materializado sob a forma de discurso, é uma variável qualitativa, ou seja, é um produto a ser posteriormente qualificado. Mas, sendo esse pensamento coletivo, configura-se também como uma variável quantitativa, na medida em que expressa as opiniões compartilhadas pelos indivíduos (LEFÈVRE, 2009).

Assim, para que o pensamento coletivo possa se autoexpressar por meio da pesquisa empírica, faz-se necessária a constituição de um sujeito portador desse discurso coletivo: um sujeito coletivo (LEFÈVRE, 2009).

No intuito de possibilitar o alcance pleno dos objetivos delineados nesta pesquisa, optou-se por adotar uma abordagem qualitativa, com desenho de múltiplos casos no qual cada experiência específica constitui uma unidade de análise singular, uma vez que se encontrará alicerçada na profundidade das categorias e subcategorias analíticas, buscando-se as relações explicativas que caracterizam o impacto do curso de formação em álcool e outras drogas nas unidades básicas de saúde dos municípios.

Partindo da premissa de que o conhecimento é produzido numa interação dinâmica entre o sujeito e o objeto de conhecimento e que existe um vínculo indissolúvel entre o mundo objetivo e o subjetivo dos sujeitos (MINAYO, 2015), a escolha pela abordagem qualitativa se deu por permitir a reconstrução das

representações sociais, constituindo-se a vivência das relações objetivas pelos atores sociais que lhe atribuem significados (MINAYO, 2015), bem como pelo fato de preocupar-se com o processo, e não simplesmente com o resultado e o produto. Isso torna a opinião coletiva semanticamente mais rica, por ser plena de conteúdos significativos, fazendo emergir os variados detalhamentos individuais de uma mesma opinião coletiva diante do tema pesquisado (OTENIO, 2008).

As pesquisas avaliativas, utilizando metodologias qualitativas e quantitativas, ainda são restritas, escassas e pouco acessíveis aos leitores de publicações científicas na área da saúde. Entretanto, questões relativas ao coletivo podem ser mais adequadamente exploradas a partir de metodologias qualitativas. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos e tem como fundamento a teoria da representação social. Ele representa uma mudança nas pesquisas qualitativas porque permite que se conheçam os pensamentos, as representações, as crenças e os valores de uma coletividade sobre um determinado tema utilizando de métodos científicos.

A justificativa pela opção de um estudo de múltiplos casos está ancorada na abordagem de Yin (2001), que considera que o mesmo estudo pode conter mais de um caso único, e do conjunto dos casos constituir-se-á em um projeto de casos múltiplos. Por se tratar de um fenômeno complexo, cada caso único poderá envolver mais de uma unidade de análise.

Este estudo tem sua essência ancorada na abordagem qualitativa, por buscar incorporar o *significado* resgatado através da análise dos discursos dos atores enquanto “participantes” da pesquisa, compondo a parte “subjéctiva” do trabalho e a intencionalidade como construções humanas significativas, abordagens essas difíceis de serem observadas em estudos exclusivamente quantitativos. No entanto, sabe-se que, para uma melhor compreensão da realidade, de modo a permitir explorar e examinar os dados e as informações obtidas, torna-se fundamental a utilização de abordagens diversificadas e, sempre que necessário, recorrer a instrumentos quantitativos para complementação, com vistas à melhor compreensão da realidade, aliando aspectos subjéctivos aos dados numéricos, propiciando uma análise mais completa da realidade (MINAYO, 2015).

Para o desenvolvimento da pesquisa foi construído um cronograma (Apêndice 1), o qual contém o plano de distribuição das diferentes etapas de execução, com o tempo disponível para o cumprimento da pesquisa.

2.2.2. Campo de estudo

Segundo Minayo (2015), em uma pesquisa qualitativa não há necessidade de um cálculo ou uma quantificação da amostra, uma vez que a amostra de uma pesquisa qualitativa é determinada no transcorrer da coleta de dados, quando é alcançada a saturação.

Sob esse enfoque, para a seleção amostral não se buscou uma maior quantificação possível, mas sim trabalhar com a díade metodológica proposta por Lefèvre e Lefèvre (2009), na qual a geração da qualidade dos dados implica o trabalho com pouco, porém com análise profunda.

Portanto, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com 111 profissionais, com três instrumentos específicos, sendo um direcionado aos agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem, um direcionado aos coordenadores da Estratégia Saúde da Família e um direcionado aos gestores.

Após o delineamento da abordagem desta pesquisa, iniciou-se o processo de escolha da amostra – os municípios que seriam selecionados – no site <https://www.caminhosdocuidado.org/>. Caminhos do Cuidado foi um projeto executado entre 2013 e 2016 pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que realizou a formação em Saúde Mental – Crack, Álcool e Outras Drogas – dos agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam na Atenção Básica do SUS. O curso teve uma carga horária de 60 horas, das quais, 40 horas foram desenvolvidas na modalidade presencial e 20 horas na modalidade de dispersão. Contou com uma matriz curricular no qual foi dividida em três eixos temáticos: Eixo Temático 1 - Conhecendo o território, as redes de atenção, os conceitos, políticas e as práticas de cuidado em saúde mental. Eixo Temático 2 - A caixa de ferramentas dos ACS e ATEnf na Atenção Básica. Eixo Transversal - Reforma Psiquiátrica, Redução de Danos e Integralidade do cuidado como diretrizes para intervenção em saúde mental e no uso de álcool, crack e outras drogas.

No eixo temático 1, houve questões norteadoras como: Quais as potencialidades identificadas no território para produção de prazer? Quais os problemas de saúde que o grupo identifica como prevalentes nos territórios? Quais os espaços de cuidado identificados no território? Quais os conceitos e preconceitos

sobre o que é droga? Quais as redes de apoio existentes no território? Quais as estratégias de cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas? Quais são as atribuições do ACS e ATEnf na rede de cuidado?

Sobre a Ementa do eixo temático 1 contemplou a identificação das potencialidades presentes no território, situações prevalentes, demandas de saúde e problemas relacionados à saúde mental e uso de drogas. Conhecer a história das políticas públicas no âmbito nacional e internacional, assim como os conceitos de droga e seus usos na história da civilização. Refletir sobre o papel dos ACS e ATEnf na rede de cuidado. E o Conteúdo do curso foi: • Rede de cuidado em saúde mental; • Ações e serviços dos setores: saúde, apoio social, cultural, comunitário e de arte; • Reconhecimento das experiências, práticas e serviços de atuação do ACS e ATEnf na equipe de saúde e na comunidade; • Tipos de droga, efeitos e uso; • Política Nacional de Saúde Mental com ênfase na Reforma Psiquiátrica; • Política Nacional de Atenção Básica; • Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas e as contradições entre saúde e segurança; • Conceito e História da Redução de Danos no Brasil e sua articulação com Atenção Básica e Saúde Mental; • Papel e atribuições dos ACS e ATEnf no acesso, acolhimento e cuidado em saúde mental.

No eixo temático 2, houve questões norteadoras, sendo elas: Quais as ações e ferramentas de atuação do ACS e ATEnf na rede de saúde e no cuidado das pessoas com necessidades decorrentes do uso do Crack, álcool e outras drogas e do sofrimento psíquico?

A Ementa do eixo temático 2 abordou o conceito de caixa de ferramentas, a partir dos saberes, estratégias e práticas já constituídas como ferramentas de trabalho dos ACS e ATEnf junto às pessoas, famílias e comunidade. Estratégias e dispositivos de Redução de Danos e de cuidado singular. Estratégias para mobilização e articulação da comunidade nos diversos pontos da rede de cuidado. E o conteúdo do curso foi: • Conceito de Caixa de Ferramentas; • Reconhecimento das estratégias, experiências e caminhos de cuidado já desenvolvido pelos alunos; Matriz curricular • Dispositivos de atuação dos ACS e ATEnf no território; • Escuta, Acolhimento, Responsabilização e Clínica Ampliada; • Elaboração e discussão de situações vivenciadas no cotidiano de trabalho; • Estudos de Caso.

No eixo transversal, as questões norteadoras foram: Considerar que toda a trajetória da formação esteja contemplando o objetivo de conhecer e atuar com dispositivos que operem a diretriz da política de saúde mental e de Redução de Danos, na perspectiva antimanicomial e direcionar a compreensão para a integralidade do sujeito e da atenção em saúde mental.

Entende-se a organização curricular do processo formativo como um campo ético-político que pretendeu facilitar a interface entre os eixos temáticos e as práticas cotidianas trazidas pelos alunos, propondo estratégias pedagógicas que problematizem as questões e promovam a produção de conhecimentos. A construção da matriz curricular estava comprometida com a atenção gerida na perspectiva da Linha de Cuidado em Saúde Mental, para tanto, tem como base os princípios do SUS, a Política Nacional de Saúde Mental, Política de Atenção Básica e a Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. A proposta curricular do curso, reforçou seu compromisso com a problematização de conceitos subjacentes às práticas de gestão, atenção, controle social e processos educacionais.

O curso é inovador ao discutir e construir um novo papel, ao trabalhar conforme a especificidade de cada território, junto aos ACS, auxiliares e técnicos em enfermagem com o cuidado em saúde mental. Além disso, qualifica o olhar e a escuta para dar visibilidade à questão das drogas.

A formação em saúde mental, crack, álcool e outras drogas oferecida pelo Projeto Caminhos do Cuidado possibilitou ao agente comunitário de saúde, ao auxiliar e ao técnico em enfermagem, atores da Atenção Básica, trabalhar em conjunto com a saúde mental, visando a melhorar a atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e a seus familiares. Esse acolhimento e cuidado ao usuário de forma integral pressupõe um novo olhar, sem preconceitos e sem exclusão de qualquer natureza.

O curso oferecido teve como base a Política de Atenção Integral do Ministério da Saúde e o cuidado com as pessoas que fazem o uso prejudicial de drogas, norteando-se pela Redução de Danos (RD) dos usuários. Essa formação em saúde mental inova pelo dinamismo e pela mudança de modelos. O projeto trabalhou com a quebra da lógica do “especialismo” no cuidado em saúde mental,

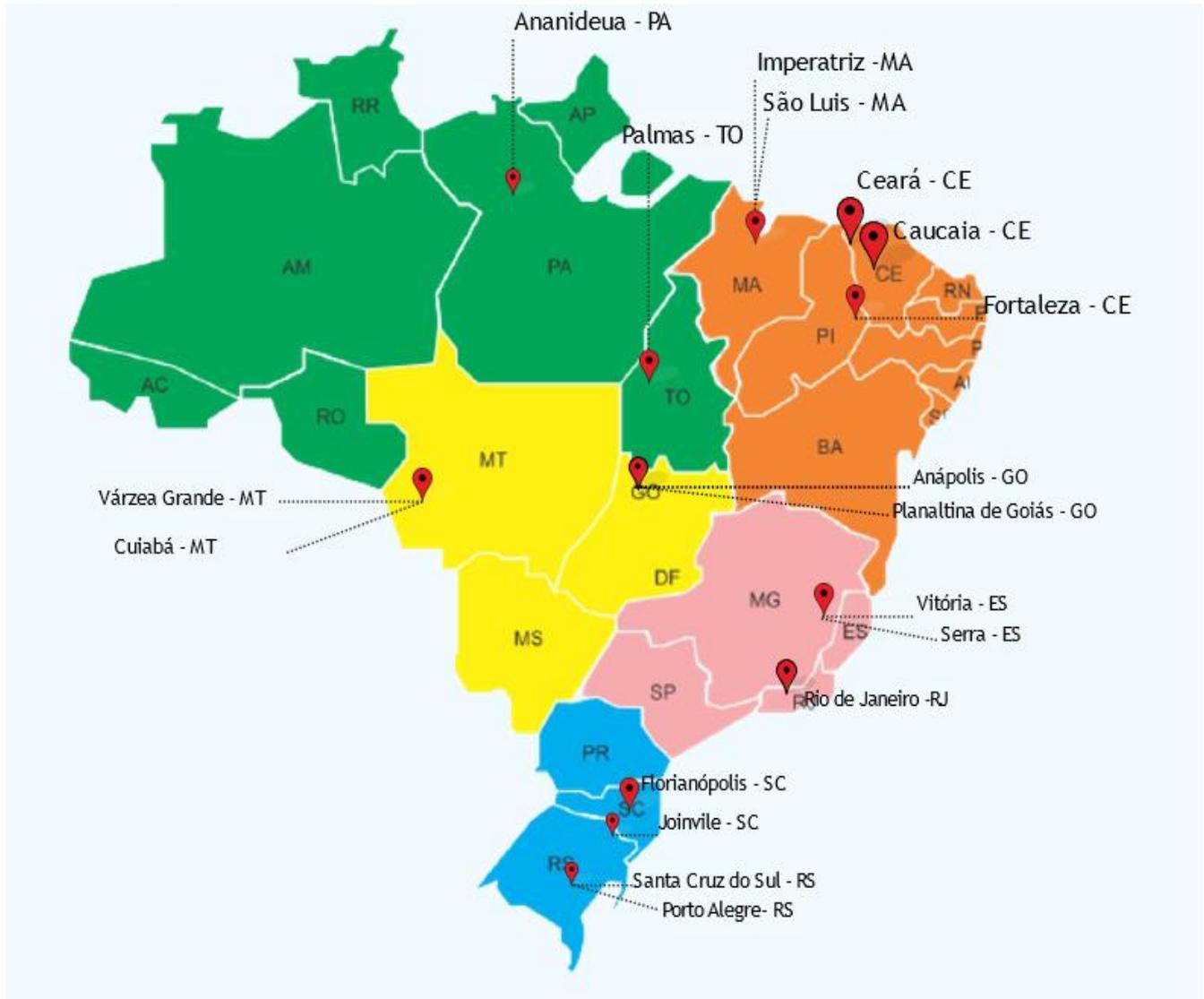
propondo a convergência da atenção envolvendo diversas áreas e setores; promoveu ainda a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em seus propósitos, já que os profissionais da Atenção Básica passam a dispor de ferramentas para o acolhimento dos usuários e se tornam multiplicadores dessa linha de cuidado. O curso teve uma carga horária de 60 horas, das quais 40 horas foram desenvolvidas na modalidade presencial e 20 horas na modalidade de dispersão, e contou com três módulos.

Portanto, foram realizadas uma busca no site do Projeto Caminhos do Cuidado e uma análise minuciosa para selecionar os estados e municípios para a pesquisa. Foram encontrados os estados que tiveram metas de 100% atingidas com o curso de capacitação. Na Região Sul, todos os estados atingiram a meta de 100%, porém o Paraná foi excluído da amostra, pois não aceitou participar da pesquisa. Dessa forma, Santa Catarina e Rio Grande do Sul foram incluídos, e dentro de cada estado foram selecionados dois municípios de acordo com o número da população, sendo escolhidos os dois mais populosos. Realizou-se a mesma análise e escolha com as Regiões Sudeste (Rio de Janeiro e Espírito Santo) e Centro-Oeste (Goiás e Mato Grosso). Já quanto às Regiões Nordeste (Maranhão e Ceará) e Norte (Pará e Tocantins), como houve mais de dois estados com as metas de 100% atingidas, realizou-se sorteio dos estados, e a escolha dos municípios teve por base o número da população.

Por fim, a amostra foi composta por 10 estados, com 17 municípios brasileiros que obtiveram o curso de capacitação com 100% de aproveitamento.

Segue abaixo o mapa do Brasil com os municípios selecionados (Figura 1).

Figura 2. Mapa do Brasil com os municípios selecionados



Fonte: De própria autoria

2.2.3. Caracterização dos municípios selecionados

✓ *Região Nordeste*

Fortaleza

Fortaleza é um município brasileiro, capital do estado do Ceará, situado na Região Nordeste do país. Está localizado no litoral Atlântico, a uma altitude média de 16 metros, com 34 km de praias. Fortaleza possui 313.140 km² de área e 2.643.247

habitantes estimados em 2018, além da maior densidade demográfica entre as capitais do país, com 8.390,76 hab./km². É a maior cidade do Ceará em população e a quinta do Brasil. A Região Metropolitana de Fortaleza é a sexta mais populosa do Brasil e a primeira do Norte e do Nordeste, com 4.051.744 habitantes em 2017. É a cidade nordestina com a maior área de influência regional e possui a terceira maior rede urbana do Brasil em população, atrás apenas de São Paulo e do Rio de Janeiro. Fortaleza foi em 2018 a nona cidade mais rica do país em PIB e a primeira mais rica do Nordeste, com 67 bilhões de reais. Possui, ainda, a terceira região metropolitana mais rica das Regiões Norte e Nordeste.

Caucaia

Caucaia é um município brasileiro do estado do Ceará que integra a Região Metropolitana de Fortaleza, com cerca de 1.227,9 km², o equivalente a 0,83% da superfície estadual. Em 2019, possui um contingente populacional estimado de 361.400 habitantes e, em 2010, sua densidade demográfica era de 264,91 hab./km². Vem apresentando nos últimos anos um grande crescimento populacional, desencadeando uma significativa expansão urbana. Nesse contexto, desenvolveu-se – em 2012 – um Sistema de Informações Geográficas (SIG) com o objetivo principal de realizar a caracterização socioambiental e auxiliar as atividades vinculadas à gestão e ao ordenamento territorial. Em Caucaia, o IDH é de 0,682, o que é considerado médio (oitavo no Ceará), enquanto no Brasil o IDH é de 0,727 (alto). Considerada uma das mais importantes cidades do Ceará, Caucaia possui o terceiro maior PIB do estado e a segunda maior população. IDH Renda: 10^a do Ceará; IDH Longevidade: 6^a do Ceará.

São Luís

É a única cidade brasileira fundada por franceses, no dia 8 de setembro de 1612, posteriormente invadida por holandeses e por fim colonizada pelos portugueses. Localiza-se na ilha de Upaon-Açu no Atlântico Sul, entre as baías de São Marcos e São José de Ribamar, no Golfão Maranhense. Em 1621, quando o Brasil foi dividido em duas unidades administrativas — Estado do Maranhão e Estado do Brasil —, São Luís foi a capital da primeira unidade administrativa. No ano de 1997, o centro histórico da cidade foi declarado Patrimônio Cultural da

Humanidade pela UNESCO. Com uma população de 1.094.667 habitantes, São Luís é o município mais populoso do Maranhão, além de ser o 15º município mais populoso do Brasil e o 4º da Região Nordeste.

Imperatriz

Imperatriz é uma cidade brasileira do estado do Maranhão, sendo sua segunda cidade mais populosa, com 254 mil habitantes e área de 1.367,901 km², dos quais 15.480 km² estão em zona urbana. Sede da Região de Planejamento do Tocantins e da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense com sete municípios, totalizando 353.435 habitantes, a cidade se estende pela margem direita do rio Tocantins e é atravessada pela Rodovia Belém-Brasília, situando-se na divisa com o estado do Tocantins, sendo também uma das principais cidades da nova divisa agrícola, o MATOPIBA. Imperatriz é o maior entroncamento comercial, energético e econômico do estado, sendo ainda o segundo maior centro populacional, econômico, político e cultural do Maranhão, e possui um posicionamento estratégico útil não só ao estado, mas também a todo o norte do país.

✓ ***Região Norte***

Palmas

Palmas é um município brasileiro, capital e também a maior cidade do estado de Tocantins. Em 1991 a cidade tinha uma população de 24.261 habitantes. No ano de 2000, a cidade já contava com 130.528 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Palmas é considerado elevado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); seu valor é de 0,788, sendo o maior de todo o estado de Tocantins (em 139 municípios), o 1º de toda a Região Norte do Brasil (de 449) e o 76º de todo Brasil (de 5.565). Considerando-se apenas a educação, o valor do índice é de 0,934 (classificado como muito elevado), enquanto o do Brasil é de 0,849. O índice da longevidade é de 0,712 (o brasileiro é de 0,638), e o de renda é de 0,754 (o do Brasil é de 0,723). A cidade possui a maioria dos indicadores elevados e parecidos com os da média nacional, segundo o PNUD. A incidência da pobreza, medida pelo IBGE, é de

5,43%, o limite inferior da incidência de pobreza é de 1,56%, o superior é de 9,30% e a incidência da pobreza subjetiva é de 3,64%. O coeficiente de Gini, que mede a desigualdade social, é de 0,42, numa escala entre 1,00 (pior número) e 0,00 (melhor número).

Belém

O Pará é uma das 27 unidades federativas do Brasil, sendo a 2ª maior destas em território, com uma área de 1.247.954,666 km², pouco menor que o Peru, e também a 13ª maior entidade subnacional do mundo. Se fosse um país, seria o 22º do mundo em área. É maior que a área da Região Sudeste brasileira, com seus quatro estados, e um pouco menor que o estado norte-americano do Alasca. É dividida em 144 municípios, que possuem área média de 8.664,50 km². O maior deles é Altamira, com 159.696 km², o quinto município mais extenso do mundo, e o menor é Marituba, com 103.279 km². A capital Belém reúne em sua região metropolitana cerca de 2,4 milhões de habitantes, sendo a segunda região metropolitana mais populosa da Região Norte, apenas atrás da região de Manaus, que abriga 2,5 milhões de habitantes.

Ananindeua

É o segundo município mais populoso do estado e o terceiro da Região Norte do Brasil. Sua população é estimada é de 525.566 habitantes, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2018, sendo superada por Manaus e Belém. O nome Ananindeua é de origem tupi, e deve-se à grande quantidade de árvores chamadas anani (*Symphonia globulifera*), que produzem a resina de cerol utilizada para lacrar as fendas das embarcações. A cidade é originária de ribeirinhos; começou a ser povoada a partir da antiga Estrada de Ferro de Bragança. Originalmente considerada “cidade dormitório”, apresentou um considerável desenvolvimento nos últimos anos, decorrente da falta de espaço para a construção de novas moradias em Belém.

✓ Região Sudeste

Rio de Janeiro

O Rio de Janeiro é um município brasileiro, capital do estado homônimo situado no Sudeste do país. É o maior destino turístico internacional do Brasil, da América Latina e de todo o Hemisfério Sul. É a segunda 2ª maior metrópole do Brasil (depois de São Paulo), a 6ª maior da América e a 35ª do mundo. Sua população estimada pelo IBGE para 1 de julho de 2018 era de 6.688.927 habitantes. Parte da cidade foi designada Patrimônio Cultural da Humanidade, com o nome “*Rio de Janeiro: Paisagem Carioca entre a Montanha e o Mar*”, classificada pela UNESCO em 1 de julho de 2012 e categorizada como uma Paisagem Cultural. Representa o 2º maior PIB do país (e o 30º maior do mundo), estimado em cerca de 140 bilhões de reais (IBGE/2007).

Serra

Serra é um município brasileiro do estado do Espírito Santo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é o mais populoso município do estado, com 507.598 habitantes, conforme estimativa de 2018. Está localizado na Microrregião de Vitória e na Mesorregião Central Espírito-Santense. Pertence à Região Metropolitana de Vitória e está situado 27 quilômetros ao norte da capital do estado. A sede do município, porém, está mais afastada, ao norte do Monte Mestre Álvaro, grande maciço de origem vulcânica que marca a geografia do município.

Vitória

Vitória é um município brasileiro, capital do estado do Espírito Santo, na Região Sudeste do país. É uma das três capitais do país cujo centro administrativo e a maior parte do município está localizada em uma ilha, no caso a Ilha de Vitória (as outras ilhas-capitais são Florianópolis, em Santa Catarina, e São Luís, no Maranhão). Situada a 20°19'09' de latitude sul e 40°20'50' de longitude oeste, Vitória limita-se ao norte com o município da Serra, ao sul com Vila Velha, a leste com o Oceano Atlântico e a oeste com Cariacica. Com uma população de 358.267 habitantes, segundo estimativas de 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE), a cidade é a quarta mais populosa do estado (atrás dos municípios limítrofes de sua região metropolitana: Vila Velha, Serra e Cariacica) e integra uma metrópole denominada Grande Vitória, com cerca de 2 milhões de habitantes. Vitória é cercada pela Baía de Vitória e é uma ilha de tipo fluviomarinho, mas outras 34 ilhas e uma porção continental também fazem parte do município, perfazendo um total de 93.381 km². Originalmente eram 50 ilhas, muitas das quais foram agregadas por meio de aterro à ilha maior. A cidade tem o quinto melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre todos os municípios brasileiros. Em 2015, foi considerada a segunda melhor cidade para se viver no Brasil pela Organização das Nações Unidas (ONU). Em uma pesquisa de 2017, Vitória foi classificada como a terceira melhor capital brasileira para se viver. A capital capixaba também foi eleita a cidade com o melhor capital humano do Brasil, segundo a revista *Exame*. Segundo estudo do Instituto de Longevidade Mongeral Aegon feito em 2017, a cidade é a nona melhor cidade para se envelhecer no país. Além disso, Vitória tem o melhor índice de bem-estar urbano entre as capitais brasileiras e possui 7 entre os 20 melhores bairros de todo país por IDH-M.

✓ Região Sul

Florianópolis

Florianópolis é a capital do estado brasileiro de Santa Catarina, na Região Sul do país. O município é composto pela ilha principal, a Ilha de Santa Catarina, pela parte continental e por algumas pequenas ilhas circundantes. A cidade tem uma população de 492.977 habitantes, de acordo com estimativas para 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). É o 2º município mais populoso do estado (após Joinville) e o 47º do Brasil. A região metropolitana tem uma população estimada de 1.096.476 habitantes, a 21ª maior do país. A cidade é conhecida por ter uma elevada qualidade de vida, sendo a capital brasileira com maior pontuação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), calculado pelo PNUD, das Nações Unidas. A economia de Florianópolis é fortemente baseada na tecnologia da informação, no turismo e nos serviços. A cidade tem mais de 100 praias registradas e é um centro de atividade de navegação.

Joinville

Joinville é um município localizado na região norte do estado de Santa Catarina. Com 583.144 habitantes (conforme estimativa IBGE de 2018), é a maior cidade do estado, à frente da capital Florianópolis, e é a terceira mais populosa cidade da Região Sul do Brasil, atrás apenas de Porto Alegre e Curitiba (de que é distante apenas 130 quilômetros, sendo assim mais próxima da capital paranaense do que da capital do próprio estado). Possui uma área de 1.126,106 quilômetros quadrados. Pertence à Microrregião de Joinville e à Mesorregião do Norte Catarinense e é sede da Região Metropolitana do Norte/Nordeste Catarinense, a qual contava, no último censo, aproximadamente 1,34 milhões de habitantes, sendo a mais populosa região metropolitana do estado de Santa Catarina. A cidade possui um elevado Índice de Desenvolvimento Humano (0,809) entre os municípios brasileiros, ocupando a 21ª posição nacional. Um estudo apontou Joinville como a segunda melhor cidade para se viver no Brasil.

Porto Alegre

Porto Alegre é um município brasileiro e a capital do estado mais meridional do Brasil, o Rio Grande do Sul. Possui uma área de quase 500 km² e uma população de 1.488.252 habitantes. Em 2000, a expectativa de vida ao nascer era de 71,59 anos, e o coeficiente de mortalidade infantil era de 11,64 em 2008. A pirâmide etária em 2000 se distribuía entre cerca de 23% com menos de 15 anos, cerca de 68% entre 15 e 64 anos, e cerca de 8% com 65 anos ou mais. A taxa de fecundidade total era de 1,8 filho por mulher. A taxa de analfabetismo na população adulta era de 3,9%, com uma média de 9 anos de escolarização. Nos indicadores de vulnerabilidade familiar, havia 0,3% de mulheres entre 10 e 14 anos já com filhos, 7,5% de mulheres entre 15 e 17 anos já com filhos, 22,3% de crianças em famílias com renda inferior a 1/2 salário-mínimo e 6,0% de mães chefes de família, sem cônjuge, com filhos menores. No período de 1991-2000, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Porto Alegre cresceu 4,98%, passando de 0,824 em 1991 para 0,865 em 2000. As dimensões que mais contribuíram para esse

crescimento foram a renda, a educação e a longevidade. Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano.

Santa Cruz do Sul

A 155 km de Porto Alegre e a 142 km de Santa Maria, no centro do estado, possui uma população estimada em 129.427 habitantes, sendo o 15º município mais populoso do Rio Grande do Sul. Com uma área de 733,4 km², localiza-se na região do Vale do Rio Pardo, fazendo fronteira com os municípios de Vera Cruz, Rio Pardo, Sinimbu, Venâncio Aires e Passo do Sobrado. Com clima temperado, constitui uma região fisiográfica de transição entre o Planalto e a Depressão Central, contando com vegetação oriunda da Mata Atlântica e do Pampa, e predominância litográfica de rochas vulcânicas. A antiga Colônia de Santa Cruz foi fundada em 6 de dezembro de 1847, e a cidade em 31 de março de 1877, emancipada de Rio Pardo. Um dos principais núcleos da colonização alemã do Rio Grande do Sul, fala-se lá tanto o português como o alemão, principalmente o dialeto Hunsrückisch. Sua economia está historicamente ligada ao tabaco, sendo considerada a capital mundial do fumo. Vivenciou forte expansão econômica, verticalização e êxodo rural do século XX até o início do século XXI, e em 2013 seu PIB figurava em R\$6,67 bilhões, o oitavo maior do Estado, enquanto o IDH era de 0,733 em 2010, considerado alto.

✓ *Região Centro-Oeste*

Anápolis

Situada no Planalto Central Brasileiro, pertence à Mesorregião do Centro Goiano e à Microrregião de Anápolis. Sua altitude é de 1.017 metros, com clima tropical e uma estação seca. Uma de suas maiores características regionais é ter um clima mais ameno que a capital estadual Goiânia, sendo sempre lembrada como uma cidade mais fresca que a capital. A cidade está a 50 km da capital goiana e a 140 km da capital federal, fazendo parte de um eixo econômico e populacional que é a maior concentração urbana da região e seu principal polo industrial. Com população estimada em 2018 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE) em 381.970 habitantes, constitui-se o terceiro maior município do estado em população e sua segunda maior força econômica, com um PIB de mais de R\$13.301,496 bilhões em 2015.

Planaltina de Goiás

Localizado a cerca de 20 quilômetros da região administrativa do mesmo nome, o município de Planaltina de Goiás, apesar de ser relativamente novo, tem uma história que se confunde com a de Brasília e inúmeros problemas sociais em consequência do excesso populacional e da falta de critérios na sua ocupação. Com a mudança da capital federal do Rio de Janeiro para Goiás, parte do município goiano de Planaltina, que já existia há 100 anos, ficou fora do quadrilátero estabelecido para o Distrito Federal.

Cuiabá

Cuiabá é um município brasileiro, capital do estado de Mato Grosso, Região Centro-Oeste do país. Fundado em 1719 por Pascoal Moreira Cabral e descoberto por Miguel Sutil, ambos bandeirantes nascidos na cidade de Sorocaba-SP, ficou praticamente estagnado desde o fim das jazidas de ouro até o início do século XX. Desde então, apresentou um crescimento populacional acima da média nacional, atingindo seu auge nas décadas de 1970 e 1980. Nos últimos 15 anos, o crescimento diminuiu, acompanhando a queda que ocorreu na maior parte do país. Hoje, além das funções político-administrativas, é o principal polo industrial, comercial e de serviços do estado. É conhecido como “cidade verde”, por causa da grande arborização. Situa-se na margem esquerda do rio de mesmo nome e forma uma conurbação com o seu município vizinho, Várzea Grande. Segundo estimativas de 2018 feitas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população de Cuiabá é de 607.153 habitantes.

Várzea Grande

Situado à margem direita do Rio Cuiabá, está 7 km a leste da capital e ocupa uma área de 1.048.212 km. Em 2018, sua população foi estimada pelo

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 282.009 habitantes, sendo o 2º município mais populoso do estado (ficando atrás de Cuiabá), o 7º mais populoso da região Centro-Oeste e o 97º mais populoso do país. Aparece em nono lugar entre as piores cidades de grande porte para se morar no Brasil, em levantamento analisado e elaborado pela consultoria Macroplan e divulgado pela revista *Exame* no ano de 2017 entre os 100 maiores municípios, com base em 16 indicadores divididos em quatro áreas distintas: 35,3% para educação e cultura; 35,3% para saúde; 20,6% para infraestrutura e sustentabilidade; e 8,8% para segurança. A cidade apresentou nota 0, 479.

2.2.4. Preparo para o trabalho de campo

Após a seleção da amostra, iniciou-se o contato telefônico com os coordenadores estaduais do Caminhos do Cuidado dos municípios selecionados para verificação da disponibilidade de participação nesta pesquisa.

Em seguida, após a aceitação informal via telefone, foi enviado um e-mail-padrão (Apêndice B) aos coordenadores dos municípios no intuito de formalizar e amparar documentalmente o convite feito por telefone, bem como ressaltar a importância da pesquisa, constando no Anexo A o parecer favorável do Comitê de Ética e o protocolo da pesquisa detalhando sua importância, os objetivos de sua realização e informações sobre os procedimentos a serem realizados, com o detalhamento de todas as atividades e os participantes da pesquisa envolvidos em cada etapa.

A eles foram disponibilizados os contatos da pesquisadora (telefônicos e correios eletrônicos) e solicitadas as confirmações das datas para a execução do trabalho de campo e sugestões quanto ao cronograma das entrevistas.

Após o retorno do e-mail enviado (Apêndice B), foi realizado um novo contato telefônico com os coordenadores das unidades básicas de saúde de cada município para que eles tivessem o papel de mobilizar os profissionais de saúde que participaram do curso de formação Caminhos do Cuidado e firmar o efetivo agendamento das datas em que as atividades seriam realizadas.

Agendadas as datas e os horários nas unidades básicas de saúde, deu-se início às viagens aos municípios selecionados para execução da pesquisa *in loco* a partir de agosto de 2017, com a participação da pesquisadora.

A permanência em cada cidade variou de dois a três dias, e o período de realização da coleta de dados foi de agosto de 2017 a novembro de 2018. Esse longo período deu-se por motivos de resistência, ausência de respostas aos e-mails e contatos telefônicos e/ou recusa de alguns municípios já selecionados em participar da pesquisa; portanto, optou-se pela troca de municípios para não prejudicar a amostra. Além disso, nos municípios que aceitaram colaborar houve demora em confirmar e agendar as datas para a realização das entrevistas.

Faz-se necessário destacar que em todas as capitais visitadas os pesquisadores foram bem recebidos, com respeito e presteza. Isso leva à reflexão de que a interação entre o pesquisador e os participantes pesquisados é essencial, o que só é possível por meio da pesquisa qualitativa, na qual se torna viável o encontro entre a realidade concreta e os pressupostos teóricos, possibilitando ao pesquisador e aos participantes da investigação um processo mais amplo de construção de conhecimento (MINAYO, 2015).

Para o deslocamento no momento da realização das entrevistas, a maioria dos municípios ofereceu apoio logístico de transporte, o que otimizou o tempo, facilitando sobremaneira a execução de todas as atividades e o cumprimento do cronograma previsto.

2.2.5. Participantes da pesquisa

Os participantes deste estudo corresponderam a três grupos de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família das unidades básicas de saúde, sendo eles 94 (noventa e quatro) agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem; 08 (oito) coordenadores da Estratégia Saúde da Família; e 09 (nove) gestores dos municípios selecionados, totalizando 111 profissionais participantes. Sendo 92 (noventa e dois) do sexo feminino e 19 (dezenove) do sexo masculino.

São estes os profissionais:

- Agente comunitário de saúde: Um dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional nos serviços de Atenção Básica à saúde e desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo como foco as atividades educativas em saúde, em domicílios e coletividades. O ACS é o profissional que realiza a integração dos serviços de saúde da Atenção

Básica com a comunidade, e é essencial para o bom desenvolvimento das ações da equipe de saúde da família. Ele é um elo importante entre os usuários e os demais profissionais.

- Técnico e auxiliar de enfermagem:

O técnico de enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- 1º) Participar da programação da assistência de enfermagem;
- 2º) Executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do Art. 11 da Lei;
- 3º) Participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- 4º) Participar da equipe de saúde.

O auxiliar de enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- 1º) Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- 2º) Executar ações de tratamento simples;
- 3º) Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- 4º) Participar da equipe de saúde.

- Coordenador da Estratégia Saúde da Família: Esse profissional tem o papel de garantir o planejamento em saúde, a gestão e organização do processo de trabalho, a coordenação das ações no território e a integração da Unidade de Saúde da Família (USF) com outros serviços. O gerente na USF deverá conhecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e fomentar a participação dos profissionais na organização do horário de atendimento aos cidadãos, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de apoiar a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na APS e nos

diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis.

- Gestor: Responsabilizar-se pela garantia do direito à saúde significa que o gestor do SUS possui a autoridade sanitária em cada esfera de governo, capaz de agir pautado por princípios ético-político-educativos orientados pela Lei Orgânica da Saúde, quais sejam: a universalidade, a integralidade e a equidade. Trata-se de cumprir um dos direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o direito à saúde, que se ancora na luta da sociedade brasileira pela reforma sanitária, na década de 80 do século XX, cujo legado consistiu em atender ao anseio popular de justiça social. Como autoridade sanitária, o gestor assume uma responsabilidade pública de agir na garantia da continuidade e consolidação de políticas de saúde de acordo com as diretrizes constitucionais e legais do SUS, o que, portanto, não se encerra no período de um governo. Praticar a responsabilidade coletiva significa dizer que ser gestor(a) do SUS exige um agir político de mediação e diálogo permanentes, com participação do dirigente e de sua equipe da secretaria municipal de saúde nas instâncias de decisão e de negociação, já existentes no arcabouço jurídico normativo do SUS.

Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram: para um grupo, serem profissionais que compunham as equipes da Estratégia Saúde da Família das unidades básicas de saúde que realizaram o curso de formação do Projeto Caminhos do Cuidado, fornecido pelo Ministério da Saúde; para o outro grupo, ser coordenador(a) da ESF; e, por fim, ser gestor(a) dos municípios previamente selecionados, além de, após devidamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo, terem aceitado a participar voluntariamente e assinado o TCLE (Apêndice E).

2.2.6. Coleta dos dados

Levando-se em consideração que a pesquisa qualitativa permite que instrumentos sejam construídos em conformidade com a aproximação sucessiva do pesquisador em relação ao objeto, proporcionando captação mais fidedigna da realidade estudada, para a coleta de dados deste estudo foram elaborados três

instrumentos específicos, sendo um para os profissionais de saúde da ESF, outro para os coordenadores da ESF e outro para os gestores (Apêndice C).

Durante o processo de montagem dos instrumentos, houve muitas dúvidas a respeito da formação: “como se deu? Como foi o processo? O que era aprendido?”. Assim, surgiu a ideia de realizar uma conversa com os responsáveis do projeto no Distrito Federal, para assim se obterem mais esclarecimentos a respeito da formação.

Foi realizado um encontro com a coordenadora do Projeto Caminhos do Cuidado do Distrito Federal: Patrícia, da SES/FEPECS. Essa conversa serviu como apoio e orientação quanto às unidades que realizaram esse curso de capacitação em Brasília e a como foi executada a formação. É importante salientar que esse encontro não foi realizado como produto do projeto, e sim como base de orientação e conhecimento sobre o curso de formação Caminhos do Cuidado.

A elaboração dos instrumentos para as entrevistas semiestruturadas se deu por uma revisão bibliográfica para o levantamento dos temas mais importantes a serem abordados – com questões norteadoras que filtraram informações exatas para a construção dos roteiros –, e pelo encontro com a coordenadora do Projeto Caminhos do Cuidado do DF, que auxiliou indicando o conteúdo que achava ser importante.

A coleta de dados foi realizada apenas em uma etapa, com três instrumentos específicos, sendo um direcionado aos agentes comunitários de saúde e técnicos e auxiliares de enfermagem, outro direcionado aos coordenadores da Atenção Básica e um direcionado aos gestores (Apêndice C).

A escolha das entrevistas semiestruturadas se deu por poderem ser utilizadas na obtenção de dados de natureza mais complexa, permitindo maior flexibilidade, abertura e interação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, facilitando uma melhor apreensão de suas atitudes, emoções, julgamentos, percepções e opiniões (FLICK, 2004; LÜDCKE; ANDRÉ, 1986). Tais entrevistas tornam possível, a partir de questionamentos básicos alicerçados em pressupostos e teorias, o surgimento de novas hipóteses no contexto de interação entre participantes e a ciência, viabilizando o mapeamento e a compreensão do mundo em que indivíduos estão inseridos, por meio da compreensão entre os atores sociais e seu cotidiano (GASKELL, 2002):

O que torna o trabalho interacional (ou seja, de relação entre pesquisador e pesquisados) um instrumento privilegiado de troca de informações sobre as pessoas é a possibilidade que a fala tem de ser reveladora de condições de vida, de sistemas de crenças e, ao mesmo tempo, possuir a magia de transmitir por meio de um porta voz, o que pensa o grupo dentro das mesmas condições históricas, socioeconômicas e culturais que o interlocutor. (MINAYO, 2015, p. 63)

No entanto, por se saber que a entrevista deve ser uma conversa com finalidade e, para tanto, guiada por um roteiro, de modo que cada questão levantada faça parte do delineamento do objeto, principalmente no caso de uma entrevista semiestruturada (MINAYO 2015), foram desenvolvidos três roteiros semiestruturados (Apêndice C), um para cada público-alvo.

Cabe ressaltar que os instrumentos utilizados para a pesquisa durante a execução das entrevistas semiestruturadas continham algumas perguntas que eram as mesmas para as três esferas envolvidas (agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem, gestores e coordenadores da Atenção Básica), com o intuito de analisar a visão de cada profissional em relação ao Caminhos do Cuidado, sua vivência e seu impacto em cada área de atuação.

Na primeira etapa, o instrumento utilizado, contendo 21 perguntas norteadoras direcionadas aos agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem, abordou assuntos que instigassem a vivência dos referidos profissionais em seu cotidiano em relação ao projeto. Porém, o que mais foi interessante analisar é o fato de os profissionais dessa esfera esboçarem suas aflições, vivências, incômodos e alegrias, por vezes com a própria profissão ou com a realidade em que viviam. Os instrumentos contendo 25 perguntas norteadoras direcionadas aos coordenadores da Atenção Básica e 27 perguntas aos gestores abordaram assuntos referentes a gestão, negociação política do projeto em cada região, aceitação dos profissionais para com o projeto e mudanças no perfil do profissional após o projeto.

A coleta de dados através das entrevistas individuais e gravadas em áudio teve como objetivo identificar como os profissionais de saúde e a ESF se articulam junto ao território da saúde mental; quais objetos e ações os profissionais de saúde utilizam na área de saúde mental, crack, álcool e outras drogas; e se o curso de capacitação modificou de alguma forma a concepção das ações desenvolvidas por esses profissionais.

2.2.7. Organização e análise dos dados

A ideia da pesquisa foi explorar o universo da Estratégia Saúde da Família e o impacto de um curso voltado para a formação desses profissionais, que são a porta de entrada para os casos de álcool e drogas nos serviços de saúde. O objetivo foi observar de que maneira essa qualificação dos profissionais poderia repercutir na melhoria do acolhimento e da escuta nas práticas de cuidado em saúde mental, especialmente voltadas para os problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

O método utilizado para analisar em que medida o curso alcançou seus objetivos educacionais por meio das ações realizadas foi o do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

A proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefevre & Lefevre, 2003), associada ao software Qualiquantisoft (www.spi-net.com.br) com base, sobretudo, nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais (Jodelet, 1989), elenca e articula uma série de operações sobre a matéria-prima de depoimentos coletados em pesquisas empíricas de opinião por meio de questões abertas, operações que redundam, ao final do processo, em depoimentos coletivos confeccionados com extratos de diferentes depoimentos individuais – cada um desses depoimentos coletivos veiculando uma determinada e distinta opinião ou posicionamento, sendo tais depoimentos redigidos na primeira pessoa do singular, com vistas a produzir, no receptor, o efeito de uma opinião coletiva, expressando-se, diretamente, como fato empírico, pela “boca” de um único sujeito de discurso. (LEFÈVRE, 2006, p.517)

A escolha em si trouxe consequências diretas à maneira com que as pessoas foram pesquisadas. Esse método não prioriza as frequências de respostas, até por serem abertas, mas realiza uma escuta sobre a fala dos interlocutores, valorizando o conhecimento que existe no discurso de cada um e as representações sociais que fazem parte do universo de cada coletivo, que fala por meio de seus vários expoentes em comunhão com os valores compartilhados.

Deve-se observar, entretanto, que numa pesquisa que faz uma escuta de mais de 100 pessoas com diversas formações e origens socioculturais, o resultado não possibilita que se excluam outros olhares para a análise dos dados, ainda que se priorize o DSC. Há na transcrição das entrevistas uma diversidade muito grande de olhares sobre todos os aspectos pesquisados; dessa forma, a opção por trazer as

frequências e totais de respostas por cada pergunta é também uma maneira de aprofundar a análise.

Nos quadros que apresentam os dados do estudo sistematizados no Apêndice D deste documento, cada questão está apresentada na forma como foi enunciada pelo pesquisador; estão também os itens de resposta contendo as ideias centrais com a respectiva frequência e distribuição quantitativa de cada uma, além do DSC, nesse caso preferencialmente escolhido pela opção que apresentou a maior frequência em relação às demais.

Ao final do DSC descrito em cada quadro, é apontado o item (ideia central) ao qual ele se refere. Nesse ponto, é importante fazer uma observação. Muitas vezes respostas que aparentemente são antagônicas quando lidas por inteiro podem se tornar complementares, e, mesmo que no teor delas haja uma discordância explícita entre um sim e um não, a justificativa muitas vezes as aproxima, por terem tido um resultado muito próximo ou igual. Nesses casos, optou-se por trazer os dois DSC para que a análise pudesse ser mais abrangente e cobrir outros discursos. A verdade pode estar nas entrelinhas; a hermenêutica é fundamental para uma interpretação mais aprofundada. Muitas vezes, o enunciado na resposta esconde outras intenções. Embora esse não seja o objetivo do estudo, esse tipo de cuidado foi tomado após a observação dos discursos das entrevistas transcritas.

Para organizar esse processo, então, serão apresentados os dados de modo separado por cada grupo entrevistado, tendo início pelas entrevistas dos coordenadores da Atenção Básica, seguidos dos gestores de unidades e, por fim, dos profissionais de saúde.

Essa ordem teve uma intencionalidade: embora se espere que sejam abordados em primeiro lugar os que de fato participaram do curso (ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem), a observação dos resultados trouxe apontamentos que justificam deixá-los por último.

O primeiro argumento consiste em falar da parte principal da pesquisa (os profissionais) após fazer uma análise de todos os outros atores (coordenadores e gestores) envolvidos na mediação e realização do curso, participantes que também demandam atenção e são grandes interessados nesse tipo de formação para ampliar suas ferramentas de acolhimento, escuta e tratamento dos pacientes de saúde mental. O segundo argumento se refere aos resultados em si: o universo entrevistado nos dois primeiros grupos é muito menor, e isso fez com que as

respostas pudessem ser mais exploradas pela pesquisadora e tivessem resultados sensivelmente diferentes na conformação das ideias centrais e do DSC. O terceiro argumento é o do universo discricionário do pesquisador, que dentro do seu entendimento acredita alcançar melhores resultados partindo dessa forma de se organizar, ainda que reconheça que existem outras possibilidades e que cada uma delas pode resultar em olhares distintos. Isso ocorre mesmo que os elementos estruturais das entrevistas (ideias centrais e DSC) estejam abertos e por si só falem sobre a realidade observada nas entrevistas, não permitindo, portanto, interferência de qualquer interlocutor que se coloque a analisá-los.

Após coletados e transcritos, os discursos originais foram analisados segundo a técnica proposta por Lefèvre & Lefèvre (LEFÈVRE, 2010): o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A metodologia do DSC está embasada na teoria das Representações Sociais (RS), proposta inicialmente por Serge Moscovici em 1961.

Desde sua formulação àquela época, dentro dos preceitos da psicologia social, a teoria RS tem sido amplamente discutida, e foi aprofundada em alguns aspectos, assim como foi alterada em outros. De acordo com D. Jodelet apud Alvez-Mazzotti (2008), o conceito de representação social é definido como

[...] uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente marcados. De uma maneira mais ampla, ele designa uma forma de pensamento social. (ALVEZ-MAZZOTTI, 2008, p.27)

A teoria RS sugere a existência de um pensamento social que é compartilhado entre sujeitos de um determinado agrupamento social e resulta das experiências, crenças e trocas de informações presentes no cotidiano. Apresentam-se vinculados ao discurso o comportamento e as práticas sociais dos indivíduos. Assim, a teoria RS tem como propósito acompanhar, explicar e tentar compreender como ocorre a formação do pensamento e do conhecimento social (JODELET, 2001).

As interações sociais vão criando “universos consensuais” no âmbito dos quais as novas representações vão sendo produzidas e comunicadas, passando a fazer parte desse universo não mais como simples opiniões, mas como verdadeiras “teorias” do senso comum, construções esquemáticas que visam a dar conta da

complexidade do objeto, facilitar a comunicação e orientar condutas (ALVEZ-MAZZOTTI, 2008).

Ao incorporar a teoria RS como base teórica, a metodologia DSC assume em seu processo de análise que os resultados obtidos serão verdadeiras e fidedignas representações sociais daquilo que o grupo de profissionais assumem como convicções e percepções compartilhadas enquanto grupo social.

Sob construção e amadurecimento desde a década de 90 por seus autores na Universidade de São Paulo, na perspectiva da teoria RS, a metodologia do DSC torna possível a agregação de aspectos qualitativos e quantitativos do objeto a ser estudado, resultando, dessa forma, em uma metodologia quali quantitativa de pesquisa.

Em outras palavras, essa proposta metodológica, ao mesmo tempo que qualifica as ideias dos sujeitos entrevistados dentro de um determinado grupo sociocultural, fazendo emergir o semelhante e o diverso, traz a possibilidade de generalizações, já que permite a análise do grau de compartilhamento e distribuição das ideias dentro do grupo pesquisado (Lefèvre, 2010).

A técnica utilizada pelo DSC permite a reconstrução das representações e opiniões coletivas a partir de discursos coletivos, gerados mediante um processo complexo de operações sobre os depoimentos inicialmente obtidos e que contam com o auxílio do software Qualiquantisoft, desenvolvido especialmente para dar maior celeridade ao processamento de dados quali quantitativos.

A transcrição literal (*ipsis litteris*) das entrevistas resultou na inserção dos dados no Qualiquantisoft, como nome da pesquisa, entrevistados, perguntas e respostas. Para dar início ao processamento propriamente dito, fez-se necessário o uso de dois operadores inerentes à metodologia.

O primeiro operador refere-se às Expressões-Chave (ECH), as quais devem ser selecionadas dentro da resposta de cada entrevistado. As ECH são os fragmentos de resposta, contínuos ou não, que trazem em si a essência do conteúdo do depoimento, sendo possível haver mais de uma ECH em uma dada resposta. É a partir das ECH que, ao final da análise, serão construídos os discursos coletivos propriamente ditos.

O segundo operador é a Ideia Central (IC), através da qual se descreve de maneira mais concisa possível o sentido das ECH selecionadas em cada trecho de entrevista. Assim, as IC representam aquilo que o entrevistado quis dizer em seu

discurso. É a partir da IC que se faz a aglomeração dos discursos semelhantes ou complementares em categorias de análises.

O terceiro operador, muito utilizado, é a Ancoragem (AC), que é a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer.

Dessa forma, fica claro que a AC não descreve o sentido, mas o sistema de crenças e valores dos sujeitos, que se revela sob a forma de afirmações genéricas para caracterizar situações específicas (JODELET, 2001). Portanto, nesse caso, optou-se por não aprofundar a análise em ancoragens, haja vista que as representações, crenças e/ou valores não foram questionados, mas sim a análise acerca do impacto da formação dos profissionais de saúde em saúde mental, crack, álcool e outras drogas.

Tais operações culminam, ao final, em discursos coletivos elaborados a partir de fragmentos literais das entrevistas, que representam o conteúdo essencial (ECH) de depoimentos semelhantes que foram agrupados dentro de uma mesma categoria (IC ou AC semelhantes).

O discurso do sujeito coletivo sempre será redigido em primeira pessoa do singular, de modo que seja reproduzido “um efeito de uma opinião coletiva expressando-se diretamente, como fato empírico vindo de um único sujeito de discurso” (LEFÈVRE, 2010), o que explicitamente vincula esta proposta metodológica com a teoria RS. A ligação entre as ECH deve ser realizada com o uso de conectivos, porém sem alterar o sentido real do texto. Além disso, também se devem retirar particularismos de sexo, idade, eventos particulares, doenças específicas.

A partir de então, para a construção dos DSC, elaborados a partir de fragmentos literais das entrevistas que representam o conteúdo essencial (ECH) de depoimentos semelhantes, agrupados dentro de uma mesma categoria (IC semelhantes), foram dados os seguintes passos (Anexo B):

- 1º passo: Cadastramento da pesquisa (entrevistas com os agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem, coordenadores da Atenção Básica e gestores), das perguntas relativas a cada pesquisa e dos respectivos entrevistados no Quali quantiSoft;

- 2º passo: Inserção das respostas dos entrevistados dadas a cada pergunta, das ECH e das IC no Instrumento de Análise do Discurso 1 do software;
- 3º passo: Categorização das IC;
- 4º passo: Conferência das IC categorizadas e construção dos DSC de cada pergunta no Instrumento de Análise do Discurso 2 do software.

Depois de construídos os DSC, foram geradas as análises quali-quantitativas de cada pergunta contida nas entrevistas com os agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem, coordenadores da ESF e gestores, com base nas IC identificadas. Por fim, foi construída uma tabela com a sistematização do banco de dados, a qual contém a síntese qualitativa das representações sociais (LEFÈVRE, 2009) e a distribuição de frequências por questão (Apêndice D).

Os discursos do sujeito coletivo formam um painel de representações sociais sob a forma de discursos que buscam, com base numa série de artifícios metodológicos, resgatar o pensamento coletivo de uma forma menos arbitrária (LEFÈVRE, 2009) do que geralmente ocorre em uma pesquisa qualitativa.

De fato, as opiniões ou representações sociais funcionam justamente porque os indivíduos acreditam que suas opiniões são genuínas. Portanto, a coletividade falando na primeira pessoa do singular ilustra o funcionamento dessas representações (LEFÈVRE, 2009).

As representações sociais sobre o assunto pesquisado são constituídas pelo conjunto dos discursos do sujeito coletivo relativos aos temas e subtemas pesquisados (LEFÈVRE, 2009).

Definido qualitativamente o caráter coletivo do pensamento social, é realizada a coletivização dos resultados pela quantidade. Os dados são organizados em quadros representativos da frequência que cada opinião aparece em relação ao número total de opiniões.

Portanto, foram encontradas e discutidas diferentes categorias genuínas de ideias centrais as quais formaram as representações sociais sobre as percepções dos agentes comunitários de saúde, dos auxiliares/técnicos de enfermagem, dos coordenadores da ESF e dos gestores acerca das ações em saúde mental.

Por fim, O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma reunião num só discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular de ECH que têm ICs ou Acs semelhantes ou complementares.

Estes conteúdos de mesmo sentido, reunidos num único discurso, por estarem redigidos na primeira pessoa do singular, buscam produzir no leitor um efeito de “coletividade falando”; além disso, dão lugar a um acréscimo de densidade semântica nas representações sociais, fazendo com que uma ideia ou posicionamento dos depoentes apareça de modo “encorpado”, desenvolvido, enriquecido, desdobrado. (Lefevre, Lefevre e Marques, 2009, p. 1194)

2.2.8. Considerações éticas e legais

É necessário considerar os aspectos éticos em todas as etapas operacionais de qualquer tipo de estudo científico, desde a concepção inicial da proposta até o processo de desenvolvimento e o produto, especialmente ao serem participantes do estudo seres humanos. No intuito de demonstrar uma atitude responsável com relação a todos os aspectos éticos, este estudo, na ocasião ainda um projeto, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FIOCRUZ e aprovado em maio de 2017 (Apêndice A).

Em cumprimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, todos os participantes deste estudo, após devidamente informados quanto aos objetivos da pesquisa e aos procedimentos a serem adotados, não lhes oferecendo risco, consentiram suas participações de forma voluntária por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E), sendo-lhes garantidos os princípios éticos da autonomia de participarem ou se recusarem à participar deste estudo, da não maleficência, do anonimato, bem como do sigilo absoluto das informações prestadas, sendo estas utilizadas somente para fins científicos, sob responsabilidade e tutela da pesquisadora.

Antes de cada entrevista, foram explanadas as finalidades do estudo e os meios para o alcance destas, sendo aos participantes garantida a possibilidade de solicitação da interrupção da entrevista a qualquer momento. Garantiu-se a eles que a não participação não teria nenhum tipo de repercussão negativa em seu âmbito de trabalho; garantiu-se também a manutenção dos instrumentos de coleta de dados sob guarda da pesquisadora por cinco anos.

Após o preenchimento do TCLE, os participantes do estudo receberam uma via contendo o nome da pesquisadora envolvida e seus contatos. Em seguida, todas as entrevistas foram gravadas, sem abstenção de nenhum entrevistado, e posteriormente transcritas *ipsis litteris*, processo que compreende a descrição rigorosa e literal das conversas gravadas, incluindo silêncio, exaltação, lapsos, interjeições e a participação do entrevistador por meio das perguntas, o que exigiu uma escuta minuciosa do material gravado por inúmeras vezes e revisão posterior do conteúdo degravado (MINAYO, 2015).

2.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados quatro blocos de análise: o primeiro com os dados dos coordenadores, o segundo com os dados dos gestores, o terceiro com os dados dos profissionais de saúde e o quarto contendo um diálogo com os objetivos geral e específicos da pesquisa.

2.3.1. Resultados dos coordenadores

Quadro 4. Árvore de decodificação das falas que representam os participantes do estudo (coordenadores)

Categorias temáticas	Subtemas	DSC
1. Contexto da atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas na Atenção Básica	1.1. Condições de saúde dos usuários de crack, álcool e outras drogas na comunidade	<i>“As condições são precárias e deploráveis, portanto, necessitando de uma abordagem multiprofissional.”</i>
	1.2. A Política de Saúde Mental e a Política Integral de Usuários de Crack e outras Drogas atendem às demandas da população que faz uso de álcool, crack e outras drogas	<i>“Atende com fragilidade, pois é um problema estrutural e existem algumas limitações, pois a teoria é bastante estruturada, e colocar em prática tem suas dificuldades. Precisa de muita capacitação, vontade dos profissionais e recursos financeiros para que as políticas possam atender às demandas de forma eficiente, mas</i>

		<i>essas políticas contribuem para a melhoria do acesso da população e dos usuários.”</i>
	1.3 Demandas sociais e contexto político que justificam a necessidade da existência da saúde mental na atenção básica	<i>“A necessidade de muitos pacientes de diferentes idades com transtornos em saúde mental e o grande número de usuários de drogas e álcool. Violência, álcool, drogas, aliciamento de jovens e crianças para o tráfico e uso de drogas e trabalhos de prevenção e educação em saúde mental justificam a necessidade. As dificuldades em qualidade de vida para a população do país que acaba buscando refúgio no uso das drogas; falta educação para a saúde e doenças como depressão.”</i>
	1.4. Importância das atividades de promoção da saúde, de práticas preventivas e curativas na atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas na Atenção Básica	<i>“Sim, são essenciais. Precisam ser feitas de forma conjunta e fortalecem as ações em saúde. As preventivas são mais importantes, porém a Atenção Básica não tem conseguido cumprir sua meta por problemas financeiros e políticos. A promoção em saúde é principal.”</i>
	1.5. A formação pode ser a base para uma futura política pública ou estratégia política educativa na rede escolar, em instituições de ensino e pesquisa	<i>“Tem um potencial em educação e também em favorecer os profissionais na atuação como estratégia dentro da política de qualificação inicial dos profissionais de saúde, que podem trabalhar com humanização na assistência desses pacientes.”</i>
	1.6. O foco dos profissionais da rede de atenção a saúde sobre saúde mental é na doença ou na ação integral	<i>“Tratam a doença, mas deveriam tratar de forma integral. O melhor caminho é a prevenção, mas ainda trabalham de forma curativa. Há uma questão de deficiência na formação dos profissionais; estão tentando trabalhar de forma integral, porém com os vários problemas estruturais</i>

		<i>não conseguem. Culturalmente trabalham com a doença e a estratégia que mais se adequa às necessidades dos usuários.”</i>
	1.7. O conhecimento da população local sobre os serviços ofertados pelos CAPS	<i>“O trabalho do CAPS é bem divulgado; geralmente os usuários conhecem. Por ter uma Atenção Básica em saúde mental há muitos anos no município, o CAPS é de conhecimento da população. Mas existe população que não tem esse conhecimento e existe uma visão errada do que é o CAPS.”</i>
	1.8. O papel do CAPS dentro da rede de atenção à saúde	<i>“Parceria em matriciamentos, discussão dos casos, encaminhamentos e projetos de acompanhamento. Suporte fundamental, e em casos de urgência o CAPS tem total disponibilidade de atendimento. Atenção, apoio para outros serviços relacionados a saúde mental e matriciador de empoderamento de outros órgãos de saúde da Atenção Básica. Mas existem algumas fragilidades de articulação com a saúde mental que devem ser superadas. Apoio onde os profissionais especialistas são encontrados para cuidar dos pacientes. Apoio profissional de ponta, assistência e instrução. Capacitação, acompanhamento e fortalecimento das equipes da Estratégia Saúde da Família e atendimentos específicos em saúde mental e recuperação.”</i>
	1.9. Como enxerga a saúde mental na Atenção Básica	<i>“Imprescindível e necessária na Atenção Básica, pois a necessidade de as pessoas terem essa assistência aumentou de forma significativa, e é fundamental oferecer assistência em saúde mental. Mas é necessário os</i>

		<i>profissionais se adequarem para atender a essa necessidade com formações atualizadas. É de extrema importância dentro da rede de atenção em saúde, pois a Atenção Básica é porta de entrada para tudo.”</i>
2. Impacto da formação na redução de danos dos usuários de crack, álcool e outras drogas		<i>“Sim, ajuda bastante, e o fato de ter investido no ACS garante a redução de danos. É necessário enfatizar e trabalhar mais. Mas houve um despertar desses profissionais de saúde em trabalhar de forma mais frequente com os usuários.”</i>
	2.1. A formação pode contribuir para a redução de danos dos usuários de crack, álcool e outras drogas	<i>“Sim, ajuda bastante, e o fato de ter investido no ACS garante a redução de danos. É necessário enfatizar e trabalhar mais. Mas houve um despertar desses profissionais de saúde em trabalhar de forma mais frequente com os usuários.”</i>
	2.2. A formação pode ser a base para uma futura política pública ou estratégia política educativa na rede escolar, em instituições de ensino e pesquisa	<i>“Sim, tem um potencial em educação e também em favorecer os profissionais na atuação como estratégia dentro da política de qualificação inicial dos profissionais de saúde, que podem trabalhar com humanização na assistência desses pacientes.”</i>
	2.3. A preparação dos demais membros da equipe de atenção básica para atender às demandas dos usuários de crack, álcool e outras drogas em sua atividade laboral	<i>“Não, nem todos; apesar de quase todos os profissionais possuírem algum tipo de formação, ainda falta capacitação.”</i>
	2.4. A visão dos profissionais de saúde, após a formação implementada pelo	<i>“O processo de aproximação está aberto, mas é necessário um aperfeiçoamento, uma ligação para ter um atendimento além das coisas pontuais. Então existe o compromisso</i>

	<p>projeto, acerca dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)</p>	<p><i>de integração entre as unidades básicas de saúde e o CAPS. Mudaram os profissionais após a formação. Mas a função do CAPS deve estar mais à frente, pois os atendimentos que existem hoje não atendem ao modelo proposto para o CAPS, que é promoção em saúde. Então é necessária uma aproximação da equipe de profissionais em saúde e não trabalhar de maneira especializada.”</i></p>
	<p>2.5. O olhar do profissional (ACS, técnico e gestor) em relação aos usuários de crack, álcool e outras drogas após a formação</p>	<p><i>“Contribuiu para a habilitação de serviços e pelo conhecimento oferecido aos agentes comunitários de saúde, proporcionando a esses profissionais um olhar diferenciado sobre as demandas dos usuários. Os profissionais têm um olhar diferenciado sobre os usuários e compreendem de forma mais adequada todo o contexto da vida desses pacientes.”</i></p>
	<p>2.6. O retorno da população envolvida após a formação</p>	<p><i>“A população retorna em busca de ajuda. e os usuários passaram a ter uma frequência maior após a formação.”</i></p>
	<p>2.7. Mudança no perfil dos profissionais de saúde após a formação</p>	<p><i>“O olhar dos profissionais se tornou mais humanizado, e eles compreenderam a realidade dos usuários, ajudando no que é possível. Principalmente os ACS mudaram com a formação.”</i></p>
	<p>2.8. Contribuições que a formação deixou no setor sanitário e psiquiátrico da sua região</p>	<p><i>“Muitas contribuições positivas, sendo a mudança de alguns aspectos reais de desinformação, como instruções para a aplicação de medicamentos e a abordagem dessa população. Contribuição para a equipe, e a participação dos profissionais do CAPS e dos agentes comunitários de saúde se destacou como ponto</i></p>

		<i>positivo da formação. Ainda, melhora na autoestima dos profissionais de saúde e no atendimento oferecido pelos ACS aos usuários.”</i>
	2.9. Olhar como profissional, antes e depois do processo formativo implementado, em relação aos usuários de álcool, crack e outras drogas	<i>“Os ACS aprenderam que podem contar com o apoio dos outros profissionais de saúde e, com isso, tomaram ciência de o todo auxílio que podem ter em suas funções. Os ACS passaram a ter mais atenção para problemas relacionados a saúde mental após a formação. Houve a preparação dos profissionais, que se sentem seguros em lidar com situações que envolvem usuários de drogas. Perderam o receio de trabalhar com essa população. A fala dos profissionais está diferenciada.”</i>
	2.10. Opinião dos coordenadores participantes do estudo sobre o impacto da formação implementada no seu município	<i>“Foi um impacto de despertar e instrumentalizar esses profissionais para uma condução mais responsável desses atendimentos na atenção à saúde mental. O impacto foi principalmente para os profissionais da ponta da rede, que são os técnicos e os ACS. Positiva, pois os profissionais se sentiram valorizados e, estando ou não trabalhando na secretaria, vão levar esse conhecimento e essa abordagem.”</i>
	2.11. Feedback da formação implementada pelo projeto no município	<i>“Um curso que trouxe bastante conhecimento aos profissionais, principalmente os mais relacionados com a comunidade, porém foi pouco divulgado. Essa formação deveria ser repetida várias vezes. Deveria ter mais formações como essa para investir nos profissionais de saúde e em promoção de saúde.”</i>

A opção de nos aprofundarmos na visão dos coordenadores da Atenção Básica e em como ela se articula no território para atender aos casos de saúde

mental envolve uma rede complexa de variáveis. Quais ferramentas podem ser utilizadas para a melhoria desse atendimento e a redução dos danos nos pacientes? Como os ACS, técnicos e auxiliares de enfermagem podem apoiar os especialistas? Qual é o limite possível de atuação diante da escassez de recursos e da infraestrutura limitada? É fundamental que os planejadores e profissionais da área tenham mais claro quais cursos e demais apoios podem ser criados para melhorar a interlocução dos diversos atores distribuídos no território, que invariavelmente se defrontam com o problema.

Numa visão mais geral sobre os resultados das entrevistas, percebe-se a preocupação dos coordenadores com a estrutura de apoio para o atendimento adequado da população. Eles são conscientes das limitações e da importância das políticas e dos equipamentos públicos voltados para o assunto, mas a fala apresenta um retrato de insuficiência do combate ao problema, e a ideia de ter profissionais mais qualificados representa, sim, um importante passo nesse processo.

Foi um elemento distintivo percebido nas entrevistas o reconhecimento de que o curso foi relevante, mudando a visão dos profissionais envolvidos no acolhimento ampliando a perspectiva do cuidado, e de que trouxe melhor capacidade de escuta e mais preparo para apoiar a equipe especializada dos CAPS, dos NASF e nas próprias unidades básicas.

Sobre o curso em si, talvez seja mesmo esperado um feedback positivo dos coordenadores; afinal, eles negociaram a realização do curso e demonstraram interesse na qualificação dos ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem das equipes da Estratégia Saúde da Família. Numa pesquisa que avalia um projeto pelo qual eles mesmos são corresponsáveis, não seria esperada uma crítica muito negativa sobre o curso.

Ainda assim, as respostas apontam para o domínio dos principais desafios enfrentados no dia a dia, da importância de manter as portas abertas e do preparo dos ACS. Esses profissionais possuem capilaridade no território e podem ser o esteio para qualificar a informação e ao menos dar algum tipo de atenção aos pacientes que passam por esses problemas, ou mesmo sabem apontar os caminhos para um apoio multiprofissional que muitas vezes está distribuído pelo território, em organizações do terceiro setor e de assistência social.

Cabe entrar mais detalhadamente nas questões em si: os subtemas voltados para as políticas de saúde mental, doenças ou agravos que acometem os pacientes,

e se a estrutura existente é capaz de atender às demandas da população. Nessa primeira parte da entrevista, fica clara a realidade enfrentada no dia a dia das unidades e os desafios que os próprios coordenadores da Atenção Básica têm à frente. O atendimento é frágil e limitado, precisa de melhorias em diversas frentes; enfim, percebe-se a incompletude do sistema para atuar resolutivamente e garantir a recuperação e reintegração social desses pacientes.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) sintetiza bem esse cenário:

Atende com fragilidade, pois é um problema estrutural e existem algumas limitações, pois a teoria é bastante estruturada e colocar em prática tem suas dificuldades. Precisa de muita capacitação, vontade dos profissionais e recursos financeiros para que as políticas possam atender às demandas de forma eficiente, mas essas políticas contribuem para a melhoria do acesso da população e dos usuários. (DSC 1.2)

O discurso demonstra o tom pessimista acerca da realidade estrutural, da pouca qualificação profissional para enfrentar o problema, das dificuldades financeiras; mas ainda assim relata o lado positivo de existir um saber sobre o assunto, uma rede pensada para atacar o problema a qual, mesmo ineficiente, contribui em alguma medida para não deixar essa população em total abandono.

Os coordenadores demonstraram domínio sobre o assunto; eles têm uma proximidade da realidade, da dimensão e da gravidade do problema, e são conscientes das limitações que possuem. Mesmo não estando na linha de frente da atenção, há uma capacidade de diálogo apresentada por esses dados, uma relação profícua com as unidades, talvez resultado da potência do modelo e da política de saúde mental.

O discurso é interessante; a fala sobre esses problemas estruturais que a princípio estão distantes da sua governabilidade, da sua capacidade de atuação, também tem seu significado e pode ser aqui explorado. O que pode estar nas entrelinhas desse discurso que coloca a solução do problema fora das suas próprias capacidades atuais? Poder-se-iam explorar algumas hipóteses, mas uma em específico chama a atenção: esse discurso apontaria uma tendência de os coordenadores não trabalharem mais detidamente sobre o problema, sem se preocuparem em criar soluções criativas que fujam do lugar comum – problemas estruturais, qualificação profissional e limitações financeiras? Trata-se, no mínimo, de um disparador para futuras reflexões.

Na outra parte da entrevista, que inclui o subtema de quais contribuições o curso trouxe para o setor sanitário e psiquiátrico da região, metade das respostas fala sobre a superação do medo e a melhoria da autoestima dos profissionais envolvidos na formação. O DSC permite uma observação mais detalhada:

Muitas contribuições positivas, sendo a mudança de alguns aspectos reais de desinformação, como instruções para a aplicação de medicamentos e a abordagem dessa população. Contribuição para a equipe, e a participação dos profissionais do CAPS e dos agentes comunitários de saúde se destacou como ponto positivo da formação. Ainda, melhora na autoestima dos profissionais de saúde e no atendimento oferecido pelos ACS aos usuários. (DSC 2.8)

A questão do medo, a importância de profissionais do CAPS participarem da formação e a melhoria da autoestima são elementos que apresentam um quadro geral sobre os ACS e problemas que não foram declarados nas entrevistas, mas que se apresentam implícitos nas respostas. Se há medo, baixa estima, pouca aproximação com o CAPS, há aí pontos importantes de trabalho, que talvez mereçam ser mais bem explorados pelos coordenadores.

Em outra questão, os coordenadores falam sobre as demandas sociais e políticas que justificariam a existência da saúde mental na Atenção Básica. Problemas sociais, familiares, de violência, tráfico de drogas – fica claro que várias questões sociais mal resolvidas desembocam na saúde mental. É interessante notar que na questão seguinte, quando se perguntou pelo foco da rede de atenção sobre saúde mental, os entrevistados relatam que o foco recai sobre a doença. Ou seja, há um descompasso entre os problemas estruturais que levam ao uso de álcool e drogas e as formas de combatê-los. O DSC é revelador; para os entrevistados, tratar a doença é um paliativo:

Tratam a doença, mas deveriam tratar de forma integral. O melhor caminho é a prevenção, mas ainda trabalham de forma curativa. Há uma questão de deficiência na formação dos profissionais; estão tentando trabalhar de forma integral, porém com os vários problemas estruturais não conseguem. Culturalmente trabalham com a doença e a estratégia que mais se adequa às necessidades dos usuários. (DSC 1.6)

Para os coordenadores, esse curso seria um caminho para políticas públicas de saúde e educação para atuar na rede de ensino, nas instituições de saúde e nas instituições de ensino e pesquisa em geral. A importância de atuar de modo mais

integrador e na origem do problema é percebida, mas a prática desenvolve-se no cuidado da doença. A contradição entre discurso e prática revela possíveis trajetórias para transformações dessa realidade, ou a existência de campos inexplorados que podem ajudar na solução permanente do problema.

O próprio subtema 1.4 também traz um dado nesse sentido: as práticas de promoção à saúde são muito importantes; deveriam estar associadas e até mesmo ser priorizadas em relação às práticas preventivas e curativas. Outra contradição entre teoria e prática. Fica claro que o modelo possui um desenho integral e completo, mas sua singularização depende de mobilizar conhecimento e outras capacidades para adequá-lo à realidade local. Como fazer esse movimento? Parte da resposta a essa pergunta está nas questões seguintes: formação.

Nos subtemas 1.9, 2.1 e 2.3 essa opinião fica clara. Os trabalhadores em geral são pouco qualificados, limitando-se a capacidade de atuação dos demais profissionais e especialistas da Atenção Básica. O DSC da questão 1.9 o sintetiza bem:

Imprescindível e necessária na atenção básica, pois a necessidade de as pessoas terem essa assistência aumentou de forma significativa, e é fundamental oferecer assistência em saúde mental. Mas é necessário os profissionais se adequarem para atender a essa necessidade com formações atualizadas. É de extrema importância dentro da rede de atenção em saúde, pois a atenção básica é porta de entrada para tudo. (DSC 1.9)

Para que a Atenção Básica consiga fazer esse papel, o CAPS entra como serviço organizador e referência. Os subtemas 1.7, 1.8 e 2.4 ilustram bem a visão dos entrevistados sobre a importância do serviço. O DSC da questão 1.8 (que pergunta sobre o papel do CAPS dentro da rede de saúde) não deixa dúvidas:

Parceria em matriciamentos, discussão dos casos, encaminhamentos e projetos de acompanhamento. Suporte fundamental, e em casos de urgência o CAPS tem total disponibilidade de atendimento. Atenção, apoio para outros serviços relacionados a saúde mental e matriciador de empoderamento de outros órgãos de saúde da atenção básica. Mas existem algumas fragilidades de articulação com a saúde mental que devem ser superadas. Apoio onde os profissionais especialistas são encontrados para cuidar dos pacientes. Apoio profissional de ponta, assistência e instrução. Capacitação, acompanhamento e fortalecimento das equipes da Estratégia Saúde da Família e atendimentos específicos em saúde mental e recuperação. (DSC 1.8)

Ainda assim, o relato das questões 1.7 e 2.4 trouxe um cenário no qual os profissionais conhecem o CAPS, ou passaram a conhecê-lo depois do curso, mas é necessário um aperfeiçoamento na aproximação com as UBS. A respeito do conhecimento dos usuários sobre o CAPS (questão 1.7) há uma maior divisão de opiniões, mas persiste a ideia de que ele é mal divulgado e de que as pessoas, mesmo o conhecendo, não sabem ao certo seu funcionamento e suas formas de acesso. Estes são também dados fundamentais que orientam uma ação futura no sentido de mitigar esse tipo de problema.

Outros subtemas trazem o olhar dos coordenadores sobre os resultados da formação. Como dito anteriormente, o retorno foi muito positivo, e a satisfação dos entrevistados se dirigiu em muitos momentos a esse melhor preparo na escuta e humanização do cuidado das equipes não especializadas, que muitas vezes são o primeiro contato com esses pacientes.

As respostas trazem então os resultados da formação:

1. Mudou o olhar do profissional em relação aos usuários (questão 2.5):

Contribuiu para a habilitação de serviços e pelo conhecimento oferecido aos agentes comunitários de saúde, proporcionando a esses profissionais um olhar diferenciado sobre as demandas dos usuários. Os profissionais têm um olhar diferenciado sobre os usuários e compreendem de forma mais adequada todo o contexto da vida desses pacientes. (DSC 2.5)

2. Os usuários passaram a ter uma frequência maior nas unidades (questão 2.6):

A população retorna em busca de ajuda. e os usuários passaram a ter uma frequência maior após a formação. (DSC 2.6)

3. Houve uma mudança no perfil dos profissionais; o olhar se tornou mais humanizado (questão 2.7):

O olhar dos profissionais se tornou mais humanizado, e eles compreenderam a realidade dos usuários, ajudando no que é possível. Principalmente os ACS mudaram com a formação. (DSC 2.7)

4. Os ACS passaram a compreender melhor os problemas relacionados a saúde mental, tornando-se mais seguros e menos receosos para lidar com essa população (questão 2.9):

Os ACS aprenderam que podem contar com o apoio dos outros profissionais de saúde e, com isso, tomaram ciência de todo o auxílio que podem ter em suas funções. Os ACS passaram a ter mais atenção em problemas relacionados a saúde mental após a formação. Houve a preparação dos profissionais, que se sentem seguros em lidar com situações que envolvem usuários de drogas. Perderam o receio de trabalhar com essa população. A fala dos profissionais está diferenciada. (DSC 2.9)

5. Houve um impacto positivo para o município, com profissionais mais capacitados para minimizar o problema (questão 2.10):

Foi um impacto de despertar e instrumentalizar esses profissionais para uma condução mais responsável desses atendimentos na atenção à saúde mental. O impacto foi principalmente para os profissionais da ponta da rede, que são os técnicos e os ACS. Positiva, pois os profissionais se sentiram valorizados e, estando ou não trabalhando na secretaria, vão levar esse conhecimento e essa abordagem. (DSC 2.10)

O subtema 2.11 retrata o desejo dos coordenadores de ampliar e ter mais frequentemente esse tipo de formação no município:

Um curso que trouxe bastante conhecimento aos profissionais, principalmente os mais relacionados com a comunidade, porém foi pouco divulgado. Essa formação deveria ser repetida várias vezes. Deveria ter mais formações como essa para investir nos profissionais de saúde e em promoção de saúde. (DSC 2.11)

2.3.2. Resultados dos gestores

Quadro 5. Árvore de decodificação das falas que representam os participantes do estudo (gestores)

Categorias temáticas	Subtemas	DSC
1. Contexto da atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas na atenção básica	1.1. Condições de saúde dos usuários de crack, álcool e outras drogas na comunidade	<i>“São muito graves, vivem em condições precárias e desgastantes; é uma condição bem vulnerável, muitas pessoas em situação de rua e ocupações em condições insalubres nas quais ocorre o tráfico, propiciando o uso de drogas e álcool. Há uma</i>

		<i>necessidade de identificar esses pacientes que precisam de auxílio e um vínculo mais estreito com as unidades e os profissionais de saúde da atenção básica. São precárias, pois o bairro tem um número de dependentes químicos elevado, e a situação piora, pois é uma comunidade em que o tráfico está estabelecido com falta de assistência básica e de moradia, o que favorece o uso de drogas.”</i>
	1.2. A Política de Saúde Mental e a Política Integral de Usuários de Crack e outras Drogas atendem às demandas da população que faz uso de álcool, crack e outras drogas	<i>“Quando começou a trabalhar na área de saúde; no início do NASF, na unidade onde trabalhava; em 2012, quando era enfermeiro de equipe numa unidade de saúde. Em 2013 quando fiz um programa de capacitação do Ministério da Saúde para pacientes psiquiátricos chamado De Volta para Casa.”</i>
	1.3. Mudança na política após a vivência da formação	<i>“Mais divulgação para a apropriação dos profissionais de saúde que desconhecem ainda a educação em saúde mental.”</i>
	1.4. Opinião dos gestores sobre o atendimento da população pela política	<i>“É preciso mudar muitas coisas. Falta o acesso, sendo necessário o aumento da oferta. Não contempla de forma integral. A demanda é muito grande. A demanda de pacientes com desestrutura familiar e financeira e os casos de violência são muito grandes na região.”</i>
	1.5. Demandas sociais e contexto político que justificam a necessidade da existência da saúde mental na atenção básica	<i>“Não tem como desassociar saúde mental da saúde física e a atenção básica é a porta de entrada dos pacientes no sistema de saúde pública; Por ser fundamental a saúde mental deve ser matriciada na atenção básica. Existe muita vulnerabilidade nesse aspecto.”</i>
	1.6. Importância das	<i>“Sim, e se a prevenção for bem feita</i>

	atividades de promoção da saúde, de práticas preventivas e curativas na atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas na atenção básica	<i>diminui o número de pacientes. E, com o trabalho sendo desenvolvido em grupos, existe um número maior de pessoas.”</i>
	1.7. O conhecimento da população local sobre os serviços ofertados pelos CAPS	<i>“Não. A grande maioria da população e dos usuários não conhece o CAPS. Normalmente os usuários procuram a rede de saúde quando estão em crise, e nesse atendimento eles não informam da existência do CAPS. A divulgação é pouca.”</i>
	1.8. O papel do CAPS dentro da rede de atenção à saúde	<i>“É a base de tudo, fundamental e essencial, pois a equipe multidisciplinar ajuda muito os usuários.”</i>
	1.9. O foco dos profissionais da rede de atenção a saúde sobre saúde mental é na doença ou na ação integral	<i>“Na doença, por falta de recursos e profissionais, e deveria ser na prevenção.”</i>
	1.10. Preparação dos profissionais da sua unidade de saúde para atender a demandas em crack, álcool e outras drogas	<i>“Não completamente; existem muitas dificuldades relatadas por esses profissionais. Falta muita capacitação e humanização em alguns aspectos.”</i>
2. Impacto da formação na redução de danos dos usuários de crack, álcool e outras drogas		<i>“Olhar humanizado dos profissionais de saúde em relação aos usuários; passaram a ser mais delicados e sensíveis em relação aos usuários e pacientes. Um olhar diferenciado; sabem identificar os pacientes em situação de vulnerabilidade.”</i>
	2.1. A formação pode contribuir para a redução de danos dos	<i>“Sim, a redução de danos previne outros agravos. A transformação profissional foi o principal nesse</i>

	usuários de crack, álcool e outras drogas	<i>processo.”</i>
	2.2. A formação pode ser a base para uma futura política pública ou estratégia política educativa na rede escolar, em instituições de ensino e pesquisa	<i>“Sim, esse é o caminho, e se ocorresse em todos os setores mudaria a realidade.”</i>
	2.3. A preparação dos demais membros da equipe de atenção básica para atender às demandas dos usuários de crack, álcool e outras drogas	<i>“Sim, em especial os profissionais do NASF, na unidade os profissionais estão preparados. E com a presença do NASF na unidade há uma facilidade de acesso; esses profissionais buscam auxiliar as famílias dos usuários. E não, faltam algumas formações, precisa-se de um aprofundamento, com mais capacitações e mais envolvimento, para se desenvolver a sensibilidade das pessoas envolvidas nesse processo.”</i>
	2.4. A visão dos gestores, após a formação implementada pelo projeto, acerca dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	<i>“Sim, os profissionais passaram a conhecer e a ver o CAPS como algo importante, sendo considerado referência.”</i>
	2.5. O olhar do profissional (ACS, técnico e gestor) em relação aos usuários de crack, álcool e outras drogas após a formação	<i>“Sim, os profissionais estão mais sensíveis; existe uma afinidade maior entre as partes envolvidas, e são mais delicados no manejo desses pacientes.”</i>
	2.6. A visão do gestor sobre a saúde mental na atenção básica	<i>“Com sensibilidade e demonstrando na gestão a importância do cuidado em saúde mental. O que tem de melhor é a equipe do NASF na unidade de saúde, pois houve uma</i>

		<i>sensibilização entre os profissionais; os pensamentos e a visão dos profissionais em relação aos pacientes e usuários mudou.”</i>
	2.7. O retorno da população envolvida após a formação	<i>“Sim, algumas mães e usuários retornam à UBS; existe a cumplicidade que encoraja as jovens principalmente a retornar e buscar auxílio.”</i>
	2.8. Mudança no perfil dos profissionais de saúde após a formação	<i>“Sim, são profissionais mais humanizados.”</i>
	2.9. Contribuições que a formação deixou no setor sanitário e psiquiátrico da sua região	<i>“Suporte, conhecimento e treinamento; autocuidado, um conhecimento aprofundado, e trouxe união aos profissionais. Um olhar diferenciado para a situação dos usuários. Uma sensibilidade maior dos ACS e uma gestão mais participativa da UBS.”</i>
	2.10. Olhar como profissional antes e depois do processo formativo implementado, em relação aos usuários de álcool, crack e outras drogas	<i>“O CAPS fez muita diferença aos profissionais e usuários, já que agora há um local de referência para acolhimento, encaminhamento e tratamento do vício. Há um sentimento de segurança dos profissionais em lidar com os usuários e humanização dos profissionais.”</i>
	2.11. Opinião dos gestores participantes do estudo sobre o impacto da formação implementada no seu município	<i>“Foi positivo, mas é um trabalho de formiguinha. Apesar de a dinâmica e a metodologia do curso serem alvo de críticas. No mais, os profissionais gostaram muito. Aos profissionais o curso foi positivo, mas a população não foi beneficiada ainda. Com relação aos usuários, existe um vínculo bacana com o CAPS AD. A didática utilizada é muito elogiada pelos profissionais que participaram do curso.”</i>

	2.12. Feedback da formação implementada pelo projeto no município	<i>“Deveria ser expandido aos demais profissionais; investir em capacitações e aumentar os cursos, e que eles possam acontecer com mais frequência.”</i>
	2.13. Comentário sobre algo que não foi mencionado na entrevista	<i>“Necessidade de continuidade do curso para capacitação de novos profissionais. Mais acolhimento e oportunidades de tratamento aos usuários.”</i>

É perceptível a mudança de perspectiva das entrevistas ao se alterar o grupo estudado. Os gestores de unidades têm responsabilidades do dia a dia que envolvem todo um universo de necessidades em saúde, e isso parece resultar em respostas mais objetivas, curtas e com um senso de ação prático mais presente.

Uma evidência que poderia ser apontada é a importância dada ao NASF nesse grupo pesquisado e o peso inverso que teve entre os coordenadores. Na prática, o papel do NASF deixa nas mãos da unidade mais ferramentas para atuar sobre o tema. Mesmo que a referência para o CAPS seja prioridade em determinados casos, a ação multiprofissional que o NASF oferece à unidade garante uma tarefa, mesmo que pontual, para a solução do problema. A prática e os locais de trabalho também são grandes produtores de conhecimento.

Ainda assim, as visões sobre os problemas de saúde mais presentes na população coincidem; as condições de precariedade em que vive a população usuária, a visão sobre as políticas de saúde para o assunto, se são capazes de atender à demanda ou não, enfim, a conjuntura geral, mesmo que por meio de uma narrativa distinta, parece a mesma. Pode ser esse o indício de que existe diálogo. Todos os níveis do sistema reconhecem a situação geral de maneira parecida, respeitando as diferenças que uma aproximação superficial dos discursos propicia.

A formação foi considerada muito importante para a humanização do cuidado, pela aproximação dos ACS com a realidade e as políticas voltadas para o tema. E, novamente, a formação realizada teve boa avaliação e satisfação por parte dos gestores de unidade. São muitas as possibilidades interpretativas para esse dado, mas, se o caminho for no sentido de encontrar nessa fala a dimensão da “falta” como núcleo de sentido mais abrangente, há sim uma direção que pode se

aproximar da realidade. A falta de cursos e capacitações que em todos os entrevistados ressoou de modo quase unânime pode ser um caminho; a satisfação estaria mais na realização em si do que na sua real capacidade de entregar as intencionalidades das ações educacionais realizadas. Trata-se de uma hipótese arriscada, mas que surge no horizonte de análise, acende uma luz e chama para si a atenção. Outra possível interpretação seria mais voltada para a responsabilidade que os gestores compartilharam com os coordenadores para a articulação e realização do curso; de certa forma, eles podem se sentir parte da ação.

No caso dos gestores, a análise pormenorizada das questões mostra muitas repetições e discursos semelhantes em resposta a perguntas distintas. Esse aspecto de redundância narrativa pode ser resultado do pequeno universo pesquisado; muitas vezes, o que não é declarado tem peso maior na interpretação de determinados discursos.

Os três primeiros subtemas são uma espécie de aquecimento da pesquisa: pergunta-se sobre a situação dos usuários de álcool e drogas, sobre doenças que acometem essa população, sobre a Política de Saúde Mental agora e como deveria ser melhorada. Mais uma vez, a opinião é de muita precariedade, de uma vida desgastante, de pessoas que necessitam de mais apoio, de relações mais estreitas com as unidades, com a família; enfim, o sentido aqui se repete. A visão sobre esses pacientes, independentemente do grupo observado, converge para um sentido comum. O DSC do primeiro subtema ilustra bem essa singularidade:

São muito graves, vivem em condições precárias e desgastantes; é uma condição bem vulnerável, muitas pessoas em situação de rua e ocupações em condições insalubres nas quais ocorre o tráfico, propiciando o uso de drogas e álcool. Há uma necessidade de identificar esses pacientes que precisam de auxílio e um vínculo mais estreito com as unidades e profissionais de saúde da atenção básica. São precárias, pois o bairro tem um número de dependentes químicos elevado, e a situação piora, pois é uma comunidade em que o tráfico está estabelecido com falta de assistência básica e de moradia, o que favorece o uso de drogas. (DSC 1.1)

Outra particularidade fica evidente: ***A potência que o local de trabalho possui como catalisador de experiências que podem servir como fonte de aprendizado contínuo; o conhecimento circula pelos ambientes de prática e muitas vezes é desconsiderado.*** As salas de aula viraram uma espécie de santuário onde se expiam todos os pecados gerados pelos desafios de entregar uma atenção à saúde com qualidade, segura e capaz de proporcionar a reintegração

social de seus pacientes. Os programas do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais e das unidades de saúde são sempre citados como fonte de conhecimento e aproximação com o tema. No caso da atenção aos **usuários de álcool e drogas, que muitas pessoas não conseguem encarar como doentes**, os desafios de qualificar a mão de obra tornam-se ainda maiores, e o ambiente de trabalho pode ser disparador para muitas mudanças.

O subtema 1.4, por exemplo, fala sobre a capacidade da política de saúde mental de atender à demanda existente; nesse caso, diferentemente do que aparece em outras respostas, a falta de capacidade em conseguir absorver esses casos com resolutividade não passa por processos de formação, mas pelo aumento da oferta de serviços e de atendimento e **pela alta demanda em um local de violência e desestrutura familiar e financeira**. Aqui, a análise pode se complementar com outros discursos que falam que o problema principal seria a falta de qualificação do profissional.

As perguntas muitas vezes direcionam as respostas; no caso dessa questão, é importante somar a dimensão da conjuntura de atenção e da realidade do território à falta de cursos de capacitação. Um olhar mais transversal, que reúna todos esses elementos, teria mais capacidade de resultar em interpretações mais profundas e possibilidades de ação real para a mudança, que pode chegar pelo próprio esforço criativo de cada profissional envolvido no dia a dia das unidades. Na questão 10, por exemplo, quando se perguntou se essa formação poderia ser base para uma futura política pública, as respostas foram unânimes: *“esse seria o caminho para a mudança da realidade”*. As contradições são naturais, mas também possuem seus significados, em geral pouco explorados.

O olhar integral sobre o profissional que precisa cuidar de si e ter autoestima elevada, capacidade cognitiva e comportamental para atuar na unidade são explorados no subtema 2.9, que investiga as contribuições que a formação deixou no setor sanitário e psiquiátrico da região. De acordo com o DSC:

Suporte, conhecimento e treinamento; autocuidado, um conhecimento aprofundado, e trouxe união aos profissionais. Um olhar diferenciado para a situação dos usuários. Uma sensibilidade maior dos ACS e uma gestão mais participativa da UBS. (DSC 2.9)

A dimensão humana foi o destaque: os entrevistados falam de autocuidado, união dos profissionais, conhecimento, olhar diferenciado para a situação dos usuários; são respostas com um eixo de sentido identificável: a importância da dimensão cognitiva associada à comportamental. O tema 2 traz respostas semelhantes, por ser repetitivo, e desloca a visão do setor sanitário para a unidade em si. A fala se repete, como se na questão anterior os entrevistados tivessem pensando a mesma coisa. Houve uma forma de reforçar a potência dessa dimensão, trazida com muito significado e importância pelos entrevistados:

Olhar humanizado dos profissionais de saúde em relação aos usuários; passaram a ser mais delicados e sensíveis em relação aos usuários e pacientes. Um olhar diferenciado; sabem identificar os pacientes em situação de vulnerabilidade. (DSC 2)

No item 1.5, a necessidade de ampliação das equipes do NASF novamente aparece, mas a questão perguntava do contexto social e político que torna possível e necessária a existência da saúde mental na atenção básica. Mais uma vez, a recorrência das respostas que relatam a demanda pelo serviço de apoio surge como sinal da carência, de falta. O DSC repete de modo afirmativo o que foi questionado na pergunta:

Não tem como desassociar saúde mental da saúde física, e a atenção básica é a porta de entrada dos pacientes no sistema de saúde pública. Por ser fundamental, a saúde mental deve ser matriciada na atenção básica. Existe muita vulnerabilidade nesse aspecto. (DSC 1.5)

Os subtemas 1.6 e 1.9 complementam-se aqui e demonstram que, na visão dos gestores, uma ação em saúde mais integral seria melhor do que o foco na doença, mas a realidade se sobrepõe ao ideal, reafirmando a dimensão de necessidade e carência em várias frentes:

Na doença, por falta de recursos e profissionais, e deveria ser na prevenção. (DSC 1.9)

Sim, e se a prevenção for bem feita diminui o número de pacientes. E, com o trabalho sendo desenvolvido em grupos, existe um número maior de pessoas. (DSC 1.6)

O bloco das questões a seguir se detém sobre a visão que os entrevistados possuem sobre a Atenção Básica (AB) de modo mais amplo (questões 2.3, 1.10, 2.6), complementado por perguntas mais específicas sobre o papel do CAPS nessa rede de atenção básica (questões 1.8, 2.4 e 1.7):

Sim, em especial os profissionais do NASF, na unidade os profissionais estão preparados. E com a presença do NASF na unidade há uma facilidade de acesso; esses profissionais buscam auxiliar as famílias dos usuários. E não, faltam algumas formações, precisa-se de um aprofundamento, com mais capacitações e mais envolvimento, para se desenvolver a sensibilidade das pessoas envolvidas nesse processo. (DSC 2.3)

Não completamente; existem muitas dificuldades relatadas por esses profissionais. Falta muita capacitação e humanização em alguns aspectos. (DSC 1.10)

Com sensibilidade e demonstrando na gestão a importância do cuidado em saúde mental. O que tem de melhor é a equipe do NASF na unidade de saúde, pois houve uma sensibilização entre os profissionais; os pensamentos e a visão dos profissionais em relação aos pacientes e usuários mudou. (DSC 2.6)

É a base de tudo, fundamental e essencial, pois a equipe multidisciplinar ajuda muito os usuários. (DSC 1.8)

Quando estimulados a responder sobre se os demais profissionais da AB, tanto no sistema como na unidade em si, citam os profissionais especializados (especialmente os do NASF) como os mais capazes, o discurso novamente traz a dimensão de falta, da necessidade de mais capacitação e sensibilização dos demais profissionais. Por outro lado, quando estimulados a pensar sobre o CAPS, o serviço foi colocado como a base do atendimento na AB, aparentemente uma visão que surgiu após a formação realizada. As respostas da questão 2.4 reafirmam o caminho nesse sentido, conforme o DSC ilustra com propriedade:

Sim, os profissionais passaram a conhecer e a ver o CAPS como algo importante, sendo considerado referência. (DSC 2.4)

Ao se perguntar se a população conhece o serviço (questão 1.7), fica claro também que, se para os profissionais já existia algum desconhecimento, entre os usuários as informações são ainda mais incompletas e o CAPS, pouco conhecido:

Não. A grande maioria da população e dos usuários não conhece o CAPS. Normalmente os usuários procuram a rede de saúde quando estão em

crise, e nesse atendimento eles não informam da existência do CAPS. A divulgação é pouca. (DSC 1.7)

O estímulo das perguntas anteriores pode ter direcionado a atenção dos entrevistados para o papel do CAPS. Perguntava-se se os profissionais da AB são capazes de atender às demandas de saúde mental. **O NASF, serviço citado recorrentemente ao longo da entrevista, não aparece nas respostas que apresentam o matriciamento e apoio do CAPS como condição para a qualificação da AB na saúde mental.** As respostas nesse conjunto de questões dão a entender que os pacientes têm sido tratados adequadamente, mais uma das contradições que apareceram ao longo do estudo.

O núcleo de sentido dos subtemas restantes se refere aos resultados da formação no aprimoramento da atuação dos profissionais da AB nas necessidades da saúde mental do território. Os entrevistados iniciam falando que a formação foi capaz de contribuir para a Redução de Danos dos usuários de álcool e outras drogas (questão 2.1); que se desenvolveu um olhar mais sensível para o problema, com maior habilidade no manejo dos pacientes (questão 2.5); que houve um retorno positivo da população usuária após o curso (questão 2.7); que os profissionais se tornaram mais humanizados, e melhorou seu sentimento de segurança para lidar com os usuários (questão 2.10); que os resultados gerais foram positivos (2.11, 2.12 e 2.13):

Foi positivo, mas é um trabalho de formiguinha. Apesar de a dinâmica e a metodologia do curso serem alvo de críticas. No mais, os profissionais gostaram muito. Aos profissionais o curso foi positivo, mas a população não foi beneficiada ainda. Com relação aos usuários, existe um vínculo bacana com o CAPS AD. A didática utilizada é muito elogiada pelos profissionais que participaram do curso. (DSC 2.11)

Deveria ser expandido aos demais profissionais; investir em capacitações e aumentar os cursos, e que eles possam acontecer com mais frequência. (DSC 2.12)

Necessidade de continuidade do curso para capacitação de novos profissionais. Mais acolhimento e oportunidades de tratamento aos usuários. (DSC 2.13)

Os resultados apresentados neste último trecho da análise dos gestores mostram muita objetividade, pouca diversidade crítica e a impressão de que as capacitações são importantes para coesão da equipe, valorização das pessoas,

reciprocidade e responsabilidade ampliadas ao se lidar com os problemas do dia a dia.

Em alguma medida, as respostas desses dois grupos até aqui discutidos mostram mais sobre a expectativa de melhorias com cursos e capacitações dos profissionais e apontam para uma realidade de escassez desse tipo de incentivo.

As questões assistenciais não ficaram de fora, mas a perspectiva humana teve mais presença; o comportamental, o clima organizacional, temas que não aparecem declarados, puderam ser subtendidos sob um olhar crítico dos discursos.

2.3.3. Resultados dos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem

Quadro 6. Árvore de decodificação das falas que representam os participantes do estudo (ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem)

Categorias temáticas	Subtemas	DSC
1. Contexto da atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas na atenção básica	1.1. Condições de saúde dos usuários de crack, álcool e outras drogas na comunidade	<i>“Condições precárias e críticas. Tentamos ajudar e não conseguimos; problemas em aceitar o tratamento; poucos lugares de atendimento, falta de assistência e falta de apoio; vulnerabilidade; aumento do número de usuários; abandono pela sociedade, pela família e pelo governo; condições desumanas; altos índices de violência; propensão a outras doenças; limitação de visitar a unidade, acesso dificultado.”</i>
	1.2. Demandas sociais que justificam a necessidade da existência da saúde mental na atenção básica	<i>“Muitos pacientes de saúde mental são usuários de drogas, e os atendimentos do CAPS não suprem a necessidade.”</i>
	1.3. As demandas dos usuários são atendidas pelas políticas	<i>“Não atendem às demandas.”</i>
	1.4. O foco dos profissionais da rede sobre saúde mental é	<i>“Foco na doença. A mais resolutiva é a ação integral.”</i>

na doença ou na ação integral

1.5. Importância das atividades de promoção da saúde, de práticas preventivas e curativas na atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas na atenção básica

“Sim, tem as campanhas como exemplo, e a promoção ajuda por ser uma informação que chega às pessoas de maneira mais acessível. E são importantes tanto na prevenção quanto para o tratamento dos usuários.”

1.6. O conhecimento da população local sobre os serviços ofertados pelos CAPS

“Não, nem a população. muito menos os usuários; falta esclarecimento sobre o funcionamento e as funções do CAPS. Precisa de mais divulgação.”

1.7. O papel do CAPS dentro da rede de atenção à saúde

*“Deveria ser a estrutura e o suporte aos usuários de drogas, mas não atende à demanda; receber os pacientes acolhidos e encaminhados na atenção básica; **acolher pacientes e trabalhar na recuperação e ressocialização**; faz um trabalho preventivo mais amplo e tem maior suporte; um importante espaço de acolhimento e ajuda aos pacientes e usuários de drogas; fundamental, o alicerce da saúde mental; muito importante pela dificuldade e resistência que os usuários de drogas têm em relação ao tratamento; imprescindível, mas não funciona de forma adequada. Falta medicação. É referência para acolhimento. Muito importante; essencial, com profissionais direcionados para atender os pacientes direcionados pela atenção básica; está na comunidade, porém não faz um trabalho mais preventivo. Não muito presente em visitas domiciliares; ajudar o paciente, mas a*

rede de atenção em saúde precisa atuar de forma uniforme; tem um bom tratamento, mas existem muitas dificuldades para conseguir acessar o CAPS; é bom, mas falta muita coisa ainda para ter um acesso mais adequado aos profissionais do CAPS; apoiar as necessidades da atenção básica; suporte aos profissionais da atenção básica e ajuda aos usuários; apoio às equipes da atenção básica para o tratamento dos pacientes; captação dos pacientes que precisam de tratamento; recursos para acolher os pacientes encaminhados pela UBS; palestras educativas e busca ativa; importante para quem busca tratamento; suporte à comunidade e apoio aos usuários e pacientes que buscam tratamento; o CAPS é a referência de tratamento; faz um bom tratamento, porém existem muitas dificuldades dos pacientes de conseguir esse atendimento. Dentro das possibilidades, ajuda muito.”

2. Percepção dos profissionais de saúde sobre a formação em atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas na atenção básica

2.1. Impacto da formação na redução de danos dos usuários de crack, álcool e outras drogas

“Sim. Pois não é um problema somente de saúde pública, tem toda uma falta de estrutura envolvida. Quanto mais conhecimento os profissionais possuem, mais esclarecidos são os pacientes. A formação auxiliou a prevenção, pois os profissionais tiveram outra percepção da área, e diminuiu o preconceito.”

2.2 Contribuições que a formação deixou no setor sanitário e psiquiátrico

“Contribuiu com conhecimento para os profissionais de saúde; sensibilização e humanização dos profissionais de saúde; e contribuiu para a observação, a abordagem, o acolhimento e o acompanhamento dos usuários pelos profissionais de saúde.”

2.3. Mudança das políticas após a vivência da formação

“Transformaria em uma política mais estruturada, com maior acessibilidade e apoio aos usuários.”

2.4. A preparação dos demais membros da equipe de atenção básica para atender às demandas dos usuários de crack, álcool e outras drogas em sua atividade laboral

“Sim (sobre estar adequada a preparação), pois já fazem parte da formação dos profissionais, mas é necessário sempre estar se reciclando acerca desse tema, e o maior desafio é colocar em prática o que foi aprendido na teoria. Portanto, o curso Caminhos do Cuidado deveria ser ampliado e ter novamente.”

*“Não (sobre estar adequada a preparação), pois o acompanhamento ainda não é o mais adequado, e falta diálogo entre os pacientes e profissionais. **A equipe não está totalmente adequada e preparada para as necessidades dos usuários. Falta mais capacitação e estrutura da equipe.**”*

2.5. Visão dos profissionais de saúde participantes após o processo formativo implementado pelo Projeto Caminhos do Cuidado sobre a saúde mental na atenção básica

“Olhar mais apurado em ajudar mais, em enxergar o paciente de verdade, com menos medo e com cuidado ampliado. Aprimorou o atendimento e o acolhimento. O curso de terapia comunitária abriu a cabeça; sempre se deve olhar com carinho, sem medo e com menos preconceito. A atenção básica tem outro olhar, acolhe melhor; contribuiu para assistir as necessidades dos pacientes. É preciso abrir as portas para eles. Temos outra visão; quando o profissional de saúde explica o porquê de um desvio, dá orientações, melhora o entendimento e facilita o atendimento. A droga é a doença do século. Mudou a forma de atuar, de encaminhar para a unidade básica. Orientação e conversa, busca de outros caminhos para o usuário. Acolhimento. Assiste o paciente de

2.6. A visão dos profissionais de saúde, após a formação implementada pelo projeto, acerca dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

maneira menos invasiva e de forma mais humanizada.”

“Necessária e primordial, é um espaço de acolhimento e ajuda, pois encaminha e previne.”

“Sim, pela estrutura e pelos profissionais. o CAPS realmente funciona, é uma referência e importante. Os profissionais passaram a ter uma visão positiva do trabalho desenvolvido pelo CAPS. O CAPS auxilia muito a saúde básica. Um cuidado e informações compartilhadas para uma melhora no atendimento. Faz parte da rede de atendimento, promove a redução de danos e a busca ativa, sendo essencial à atenção básica.”

2.7. Olhar como profissional, antes e depois do processo formativo implementado, em relação aos usuários de álcool, crack e outras drogas

“Um olhar mais compreensivo em relação às necessidades desses pacientes; não disponibilizava a atenção necessária ao paciente, agora sabe como trabalhar com os usuários; após a formação, os profissionais têm uma atenção diferenciada para esses pacientes; antes achava que era desnecessário e difícil o diálogo, porém com a formação mudou minha forma de pensar e passei a ter um olhar mais carinhoso e de preocupação com os usuários; antes esses pacientes não faziam parte da preocupação dos profissionais após a formação desenvolvi um olhar mais humanizado e o curso ensinou a não discriminar esses pacientes; antes não sabia lidar e tratava os pacientes com desrespeito. Agora compreendo que o agente comunitário tem o papel social de auxiliar esses pacientes; a formação fortaleceu meu sentimento de ajudar os usuários e pacientes;

antes da formação tinha medo, e após a formação estabeleci vínculos de amizade com esses pacientes; mudei o olhar em relação aos pacientes. Mas nutro um sentimento de desânimo e tristeza em relação ao número de jovens que estão viciados; apesar de não ter nenhum caso aparente, aprendi com a formação a lidar com os pacientes e tratar de forma natural; antes da formação tinha a visão de que esses pacientes eram pessoas perigosas, e após o curso percebi que são pacientes que merecem respeito e cuidados; antes da formação tinha certo preconceito com esses pacientes, e após a formação fiz uma reflexão e passei a trabalhar de forma mais relacionada com os pacientes.”

2.8. Opinião dos profissionais de saúde participantes do estudo sobre o impacto da formação implementada no seu município

“Após a formação passei a observar mais, compreender a situação dos pacientes e acolher da melhor forma possível; não mudou muita coisa devido à violência da comunidade. Com relação à troca de informações e conhecimento, o curso foi positivo; foi positivo apesar dos imprevistos, mas a assistência deve ser melhorada; o Impacto foi positivo no município, ajudando os profissionais e os usuários; muitos pacientes aderiram ao tratamento; foi positivo para os profissionais de saúde, que aceitaram bem a nova demanda de trabalho, estabelecendo um olhar mais humanizado; impacto muito positivo aos profissionais de saúde, com oficinas que simulavam a vida real desenvolveu-se o sentimento de empatia.”

2.9. Feedback da formação

“Uma excelente capacitação, contribuiu muito; um curso que

implementada pelo projeto no município

enriqueceu os profissionais com mais conhecimento; muito bom, deixou bastante conhecimento e acrescentou ao trabalho cotidiano informações e formas mais adequadas de abordagem; um programa que deveria ter continuidade para capacitar os profissionais; um curso muito bom, do qual os profissionais participaram e que somou à profissão, e eles aprenderam a colocar em prática o que foi discutido em teoria; foi muito bom, e faria de novo para conhecer pessoas e trocar ideias; aprendi como funcionava o CAPS, como encaminhar o paciente, e as informações básicas de orientação que auxiliam as famílias; servirá futuramente para assistir os pacientes e proporcionar mais qualidade de vida; aprendeu como abordar os pacientes e ter carinho. Aproximação entre os usuários e profissionais de saúde; acho que vale a pena o trabalho sobre a saúde mental com a comunidade ser intensificado, mas não tem condições de colocar em prática o que foi discutido na teoria; deve-se investir mais nesse tipo de construção de conhecimento e nesse público; um curso muito bom, que desenvolveu bastante o conteúdo abordado, mas o feedback demorou demais; achou bom participar e pretende colocar em prática o que aprendeu; um curso muito importante, que despertou muita curiosidade sobre saúde mental, mas o feedback foi demorado; foi um bom curso, principalmente para quem trabalha com saúde mental; muito bom, pois trouxe conhecimento e melhorou as possibilidades de trabalho dos

profissionais da UBS; foi muito bom, pois trouxe conhecimento aos profissionais e outros tipos de abordagem. Melhorou a forma de atuação; um curso muito bom, completo e que trouxe uma abordagem bem ampla do que é saúde mental; um curso muito bom, pois trouxe reflexões e conhecimentos sobre saúde mental, porém a prática ainda não acontece.”

2.10. Os sentimentos dos profissionais de saúde em relação à atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas na atenção básica

“Sim, certo receio e um pouco de medo, principalmente quando estão sob influência das drogas, pelo índice de criminalidade e pela difícil abordagem, e tinha uma barreira que foi quebrada com a formação Caminhos do Cuidado; passamos a ter um olhar mais humanizado sobre esses pacientes. Pela falta de experiência, por preconceito e por falta de contato, o que foi superado com a formação Caminhos do Cuidado. / Não, pois já tinha experiência através da igreja e com hospital psiquiátrico, e são pacientes que os profissionais já conhecem. Já tive experiência com dependentes químicos na família. Por ter experiência com a comunidade onde estamos inseridos, temos um olhar mais humanizado acerca desses usuários.”

Num primeiro olhar a esse que é o grupo principal de análise do estudo, os resultados demonstram características particulares em relação aos demais participantes entrevistados. Num universo de mais de 90 pessoas, é esperado que as respostas tenham mais ideias centrais. Mais itens propiciam maior capacidade analítica e permitem explorar um pouco mais a distribuição quantitativa das respostas.

Respostas mais objetivas, muitas repetindo o enunciado da questão, pouca capacidade ou vontade de dar respostas mais reflexivas, com mais conteúdo: todos esses elementos são dados importantes que podem dar indícios sobre as reproduções de desigualdade vivenciadas nesses extratos sociais, refletidas diretamente num repertório linguístico mais limitado. Em muitos casos, a limitação linguística e atitudinal do próprio entrevistador pode ser a causa dessa objetividade nas respostas. É comum não insistirem em explorar uma resposta, em deixar o entrevistado mais à vontade para responder, sem a pressão de acharem que serão identificados, que não precisam agradar as hierarquias superiores.

Ainda que essa dimensão seja importante, a análise precisa buscar outros sentidos que sejam direcionados para analisar se a intencionalidade da pesquisa foi alcançada. E, nesse sentido, entre os profissionais entrevistados a visão sobre a situação geral dos usuários de drogas é também representada pela narrativa da precariedade, das dificuldades, da vulnerabilidade desse público, da falta de apoio do poder público, da sociedade e da própria família.

O olhar é ampliado com o curso; o Projeto Caminhos do Cuidado é citado em algumas questões como sendo o primeiro contato com as políticas de saúde mental, além de ser apontado como parte da solução.

Houve muitas citações sobre o olhar mais ampliado e humanizado, a perda de medo e receio dos pacientes, o aspecto organizacional do clima entre profissionais, da cultura de cada lugar; mais uma vez a dimensão comportamental assume centralidade nas respostas.

É preciso dizer que o aspecto de acúmulo do conhecimento, de melhoria do domínio cognitivo sobre o assunto, está também presente nos discursos dos entrevistados. ***Todavia, a centralidade das questões interpessoais chama a atenção.*** Esse pode ser um problema estrutural que continuamente se manifesta, e mesmo as ações feitas para mitigá-lo não têm surtido muito efeito. A sensação de gratidão, de respostas às vezes receosas e diretas, sem uma elaboração mais crítica, também traz outra variável interessante para a análise: a hierarquia é respeitada, mas até que ponto ela é capaz de delegar responsabilidades num contexto de insatisfação tão acentuado? É preciso olhar mais de perto cada questão para tentar alcançar a maior capacidade de análise possível.

A primeira questão, 1.1, mostra o mesmo panorama dos demais grupos; as condições muito precárias, os tipos de agravos e doenças coincidem. Vale ressaltar

que num universo maior haverá mais narrativas relatadas, que, embora sejam ditas de outras formas, falam sobre o mesmo contexto e eixo de sentido dos outros dois grupos apresentados anteriormente.

Já a questão 2.2 traz mais elementos para corroborar essa análise, já que demonstra que a formação foi importante para o setor sanitário e psiquiátrico da região, por oferecer uma visão mais ampliada sobre observação, abordagem, acolhimento, acompanhamento especializado, proporcionando conhecimento, sensibilização e humanização aos profissionais de saúde. O discurso é mais diversificado do que nos outros grupos, as palavras-chave são mais variadas, além de o universo de entrevistados ser maior; essa representação pode ser um indício de que o curso conseguiu criar um ambiente de aprendizagem produtivo.

Questionados se mudariam alguma coisa na política após a formação, o discurso fornecido pelos entrevistados é de inconformação com a realidade. Eles afirmam que a política de saúde mental precisa sim ser alterada, aprimorada em sua estrutura de apoio e acessibilidade aos usuários. Essa resposta é complementada nas questões que abordam as demandas sociais e se as políticas atendem os usuários, em que fica evidente a dissensão entre demanda e oferta de serviços de saúde para álcool e drogas. Esse pode ser um indicativo de uma posição crítica frente à realidade que até então passava despercebida. A narrativa dita limitada não deixa de apresentar sua elaboração reflexiva, como essa atitude crítica pela mudança, pela melhoria da atenção na saúde mental.

Nas questões 1.4 e 1.5, o modelo de atenção mais resolutivo se repete conforme o apresentado nos outros dois grupos estudados anteriormente. O foco na ação integral e na promoção à saúde sendo complementar às práticas preventivas e curativas foi o discurso mais identificado entre os entrevistados. O alinhamento conceitual com as políticas de saúde mental pode ser mais um dos resultados da formação, aproximando os profissionais do discurso mais elaborado sobre o problema.

Quanto ao âmbito da atenção básica e ao papel do CAPS na Rede de Atenção à Saúde, as questões 2.4, 2.5, 2.6, 1.6 e 1.7 exploram bem o assunto.

A questão 2.4 traz resultados particularmente interessantes. Sobre a opinião a respeito do preparo dos profissionais da AB para atendimento do paciente em saúde mental, os discursos de que são e não são preparados, embora tenham

justificativas coincidentes, apontam rumos opostos, como pode ser lido no DSC das duas ideias centrais mais citadas pelos entrevistados:

Sim, pois já fazem parte da formação dos profissionais, mas é necessário sempre estar se reciclando acerca desse tema, e o maior desafio é colocar em prática o que foi aprendido na teoria. Portanto, o curso Caminhos do Cuidado deveria ser ampliado e ter novamente. (DSC 2.4)

Não, pois o acompanhamento ainda não é o mais adequado, e falta diálogo entre os pacientes e profissionais. A equipe não está totalmente adequada e preparada para as necessidades dos usuários. Falta mais capacitação e estrutura da equipe. (DSC 2.4)

A humanização do cuidado foi destacada no DSC da questão 2.5 e traz esses elementos mais detalhados. É importante notar a gama de informações relevantes que ela traz, a qual a formação de alguma maneira foi capaz de suscitar:

Olhar mais apurado em ajudar mais, em enxergar o paciente de verdade, com menos medo e com cuidado ampliado. Aprimorou o atendimento e o acolhimento. O curso de terapia comunitária abriu a cabeça; sempre se deve olhar com carinho, sem medo e com menos preconceito. A atenção básica tem outro olhar, acolhe melhor; contribuiu para assistir as necessidades dos pacientes. É preciso abrir as portas para eles. Temos outra visão; quando o profissional de saúde explica o porquê de um desvio, dá orientações, melhora o entendimento e facilita o atendimento. A droga é a doença do século. Mudou a forma de atuar, de encaminhar para a unidade básica. Orientação e conversa, busca de outros caminhos para o usuário. Acolhimento. Assiste o paciente de maneira menos invasiva e de forma mais humanizada. (DSC 2.5)

As questões 2.6, 1.6 e 1.7 tratam especificamente do papel do CAPS. Mais uma vez, pode-se supor que a pergunta estimulada de certa maneira direcione o olhar, mas o discurso é repleto de informações relevantes. A questão 2.6, por exemplo, revela a importância que o CAPS passou a ter após a formação, tornando-se uma referência importante no cuidado e no olhar desses profissionais, mesmo que a perspectiva de que a formação seja incompleta e não resolutive persista. Quando inquiridos (questão 1.6) sobre se a população e os usuários conhecem o serviço, o discurso é de que, não, nem usuários nem a população o conhecem. Esse dado diverge sensivelmente do que foi apresentado nos outros grupos. E por quê? É difícil encontrar uma única resposta, mas eles mesmos demonstram uma visão bem heterogênea sobre o serviço, como pode ser observado abaixo, no DSC da questão 1.7, sobre o papel do CAPS na Rede de Atenção à Saúde:

Deveria ser a estrutura e o suporte aos usuários de drogas, mas não atende à demanda; receber os pacientes acolhidos e encaminhados na atenção básica; acolher pacientes e trabalhar na recuperação e ressocialização; faz um trabalho preventivo mais amplo e tem maior suporte; um importante espaço de acolhimento e ajuda aos pacientes e usuários de drogas; fundamental, o alicerce da saúde mental; muito importante pela dificuldade e resistência que os usuários de drogas têm em relação ao tratamento; imprescindível, mas não funciona de forma adequada. Falta medicação. É referência para acolhimento. Muito importante; essencial, com profissionais direcionados para atender os pacientes direcionados pela atenção básica; está na comunidade, porém não faz um trabalho mais preventivo. Não muito presente em visitas domiciliares; ajudar o paciente, mas a rede de atenção em saúde precisa atuar de forma uniforme; tem um bom tratamento, mas existem muitas dificuldades para conseguir acessar o CAPS; é bom, mas falta muita coisa ainda para ter um acesso mais adequado aos profissionais do CAPS; apoiar as necessidades da atenção básica; suporte aos profissionais da atenção básica e ajuda aos usuários; apoio às equipes da atenção básica para o tratamento dos pacientes; captação dos pacientes que precisam de tratamento; recursos para acolher os pacientes encaminhados pela UBS; palestras educativas e busca ativa; importante para quem busca tratamento; suporte à comunidade e apoio aos usuários e pacientes que buscam tratamento; o CAPS é a referência de tratamento; faz um bom tratamento, porém existem muitas dificuldades dos pacientes de conseguir esse atendimento. Dentro das possibilidades, ajuda muito. (DSC 1.7)

Existem muitos núcleos de sentido nesse DSC os quais apontam para uma percepção de apropriação das funções e do papel do CAPS, ao mesmo tempo apontando para uma confusão de interpretações sobre ele. Ainda assim, há elementos que assestam um domínio cognitivo distintivo, o que pode ser considerado positivo para a intencionalidade geral da formação.

Por fim, o último grupo de questões (2.1, 2.10, 2.7, 2.8 e 2.9) concentra-se sobre a satisfação e os resultados da formação para cada entrevistado. É importante lembrar que todos foram alunos do curso.

A questão 2.1 caracteriza-se pela tentativa de encontrar uma relação causal entre a formação e a Redução de Danos nos usuários de álcool e drogas. O discurso foi o de que, sim, com a formação é possível minimizar os problemas, humanizar o cuidado, diminuir o preconceito e auxiliar a prevenção. Não é possível determinar com clareza se essa é uma mudança verificável, se há evidências, mas o importante é o lugar de onde os entrevistados falam e o porquê de atribuírem tamanha importância para elementos fundamentais no trabalho de Redução de Danos. Eles falam com propriedade, mesmo que o projeto não seja uma realidade ainda; o lugar da fala e a narrativa em si são evidências de uma propriedade no discurso, mesmo que teoria e

prática estejam distantes em alguns casos. São palpáveis para todos um retrato que seja, de pelo menos parte das suas reais dimensões.

A questão 2.10 reflete sobre o medo ou receio do profissional em atender esse tipo de paciente e se a formação foi capaz de mudar isso. Os profissionais que perderam o medo dos usuários de álcool e drogas e aqueles que já não tinham esse sentimento formam a grande maioria do discurso. ***A formação teve aí um papel importante de sensibilização e pode ampliar o atendimento, retirando uma barreira cultural significativa e o preconceito que existe em relação a essa população vulnerável.***

Quando se perguntou sobre o que de fato mudou no olhar de cada profissional após a formação ou mesmo seu impacto no município (questões 2.7 e 2.8), o elemento que mais caracteriza o discurso é a humanização do cuidado. Palavras como “acolhimento”, “apoio familiar”, “orientação”, “abordagem”, “recuperação do usuário” são comuns nos discursos. O DSC da questão 2.7 é mais potente para demonstrar esse ponto da análise:

Um olhar mais compreensivo em relação às necessidades desses pacientes; não disponibilizava a atenção necessária ao paciente, agora sabe como trabalhar com os usuários; após a formação, os profissionais têm uma atenção diferenciada para esses pacientes; antes achava que era desnecessário e difícil o diálogo, porém com a formação mudou minha forma de pensar e passei a ter um olhar mais carinhoso e de preocupação com os usuários; antes esses pacientes não faziam parte da preocupação dos profissionais após a formação desenvolvi um olhar mais humanizado e o curso ensinou a não discriminar esses pacientes; antes não sabia lidar e tratava os pacientes com desrespeito. Agora compreendo que o agente comunitário tem o papel social de auxiliar esses pacientes; a formação fortaleceu meu sentimento de ajudar os usuários e pacientes; antes da formação tinha medo, e após a formação estabeleci vínculos de amizade com esses pacientes; mudei o olhar em relação aos pacientes. Mas nutro um sentimento de desânimo e tristeza em relação ao número de jovens que estão viciados; apesar de não ter nenhum caso aparente, aprendi com a formação a lidar com os pacientes e tratar de forma natural; antes da formação tinha a visão de que esses pacientes eram pessoas perigosas, e após o curso percebi que são pacientes que merecem respeito e cuidados; antes da formação tinha certo preconceito com esses pacientes, e após a formação fiz uma reflexão e passei a trabalhar de forma mais relacionada com os pacientes. (DSC 2.7)

É difícil discordar de que, para os alunos, a formação foi muito positiva e parece repercutir num olhar até mais qualificado sobre a realidade e as necessidades de saúde como um todo. O resultado da resposta para a questão 2.9 é apenas uma recorrência que demonstra o que tem sido dito ao longo de todo este

bloco de análise: que a formação foi excelente para os participantes, que deveria ser contínua, que melhorou o clima de trabalho e sensibilizou o olhar para um problema de difícil solução. Enfim, as repetições reforçam o que veio sendo descrito ao longo de toda a entrevista.

Lucchese, Oliveira, Conciani e Marcon (2009) observam que a porta de entrada à Rede de Atenção Psicossocial deve ser a atenção primária, pois isso contribui para a resolutividade do serviço. Não obstante, há problemas nas unidades básicas de saúde que dificultam essa resolutividade, como o questionamento da própria equipe sobre a capacidade resolutiva do serviço, visto que, de acordo com o SUS, a ESF constitui um novo modelo que deveria romper com a centralidade na doença e ter poder resolutivo, objetivando evitar encaminhamentos desnecessários para níveis mais complexos de atenção, reduzir as excessivas medicalizações de ações de saúde e favorecer o atendimento integral do sujeito. Mas o que se observa, de acordo com Lucchese et al. (2009), são apenas intermináveis encaminhamentos, o que demonstra uma desarticulação das ações de saúde, em que um determinado serviço “faz a sua parte” e encaminha para outro serviço “fazer a parte dele”. Nessas situações, percebe-se que não há responsabilização e vínculo, recursos necessários para a resolutividade das ações em saúde.

Diante de tal dificuldade, um recurso importante no acompanhamento de usuários de drogas e de seus familiares na ESF foi a oferta do apoio matricial em saúde mental. Os discursos revelam que a equipe busca organizar-se de modo a oferecer o apoio e a assistência necessários à população.

A equipe da ESF, com o apoio da equipe do CAPS, tem buscado, por meio do apoio matricial, realizar o cuidado em saúde mental mais perto do território no qual o usuário reside, o que contribui para que este receba atenção em sua própria comunidade e fortalece os laços entre a equipe da ESF e as famílias (JUCA, NUNES & BARRETO, 2009).

O apoio matricial caracteriza-se como um suporte técnico especializado oferecido a uma equipe interdisciplinar de saúde e visa a ampliar o campo de atuação, bem como a qualificação, dessa equipe que recebe o apoio, podendo ser realizado por diversas áreas especializadas. Em suas ações, destacam-se as discussões clínicas conjuntas entre as equipes e até mesmo intervenções conjuntas, como consultas e visitas domiciliares (FIGUEIREDO & CAMPOS, 2009).

Dessa forma, o apoio matricial da saúde mental na ESF busca propiciar maior consistência às intervenções em saúde. Sua importância se justifica, uma vez que, segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, 80% dos usuários encaminhados aos serviços especializados de saúde mental não trazem uma demanda que justifique a necessidade de uma atenção especializada (FIGUEIREDO & CAMPOS, 2009).

A criação do SUS, a maior política de inclusão social do século passado, consagrou princípios que se tornaram pilares para a atenção à saúde da população brasileira. Esses princípios, a universalidade – o principal deles –, a integralidade e a descentralização, foram consolidados como direitos em decorrência do crescimento da consciência sanitária, produto de uma ampla mobilização social no país a partir da promulgação da Constituição de 1988.

Desde então houve notáveis avanços na atenção à saúde da população. Entretanto, mesmo com os avanços na atenção e nos aspectos jurídico-institucionais e organizativos, ainda persistem insuficiências e problemas que são desafios. Um dos mais relevantes é a consolidação de um modelo de atenção à saúde que garanta a toda a população o atendimento em reafirmação aos princípios do SUS e focado na qualidade de vida.

Há uma nítida sensação de que o paradigma que ainda norteia o modelo de intervenção na saúde não corresponde aos preceitos aprovados pela CF. O SUS, fortemente marcado por uma crescente medicalização e centrado na atenção hospitalar, fez com que as ações básicas de saúde fossem relegadas, por anos, a um plano secundário. Em consequência disso, as metas propostas de “Saúde para Todos no Ano 2000” não foram atingidas.

No Brasil, a reorganização da atenção básica – materializada pela implantação das equipes de saúde da família – se torna prioritária como ação estratégica reestruturadora para o aperfeiçoamento do SUS e direciona seu foco para as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Ela incorpora os valores e princípios expressos na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, cujos compromissos coincidem com os ideários do Sistema Único de Saúde brasileiro, que ainda continuam a desafiar a contemporaneidade.

A presença dos ACS, recrutados dentro das próprias comunidades onde vivem, faz a diferença ao permitir que o acúmulo de conhecimentos em cada localidade possibilite o enfrentamento mais eficaz dos problemas a serem

enfrentados e superados no processo de desenvolvimento local do SUS. Ou seja, a Estratégia Saúde da Família se apresenta como a porta de entrada do sistema e o lugar onde a maioria dos problemas de saúde que acometem as pessoas pode ser resolvida.

É chegado o momento no qual é necessário identificar as ricas experiências espalhadas por todo o Brasil e fazer delas ponto de encontro de lições aprendidas e troca de possibilidades – para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil –, tendo a família como alicerce e a promoção da saúde como possibilidade de resgatar o sentido ampliado de saúde como qualidade de vida.

Nessa direção, é destacada a importância que o fortalecimento e a reorganização da atenção básica assumiram no contexto da política de saúde nacional nos últimos anos. No entanto, parte de sua agenda – especificamente a de promoção da saúde – precisa ser reafirmada para que tenha lugar no contexto de transformações sociais mais gerais e para que se possam ter, por um lado, o incremento esperado nos investimentos e na qualificação dos profissionais para atuarem nesse nível de atenção e, por outro, adequações e/ou melhorias na gestão e na oferta de serviços e de ações intersetoriais de forte apelo para a promoção da saúde de sujeitos e coletividades.

As primeiras tentativas com a intenção de estabelecer uma reforma no campo da saúde mental iniciaram-se nos manicômios e hospitais psiquiátricos; a reforma vinha com a formulação de auxiliar, abordar e de certa forma se relacionar tanto com os portadores de sofrimento psíquico como também com os dependentes químicos. Algumas características de tal reforma são (BRASIL, 2001):

- Abrir as portas dos manicômios;
- Humanizar, estabelecendo um relacionamento cordial e saudável entre os profissionais e os usuários, evitando assim o abandono, no qual o paciente perde seus direitos, sendo excluído da sociedade. Com a nova reforma psiquiátrica, algumas ações foram propostas, tais como: eliminar os meios de contenção; rever os diagnósticos utilizados; relativizar os prognósticos; fazer com que o paciente reconheça a si próprio; restabelecer as manifestações afetivas; utilizar roupas comuns do dia a dia; entre inúmeras propostas voltadas para a inclusão social dos pacientes.

Ao se realizarem trabalhos voltados tanto para a saúde mental quanto para a atenção básica, buscaram-se profissionais com disponibilidade para falar, ouvir e auxiliar, pois existe no meio social em que se vive a questão do preconceito; é preciso criar alternativas e canais para orientar a sociedade, os familiares e até mesmo os pacientes em relação a esse novo modelo instaurado com a reforma psiquiátrica. Para que haja um progresso nesse contexto, é preciso entrar no convívio social do paciente, buscando descobrir possibilidades e alternativas para estabelecer uma nova maneira de viver em harmonia, o que vem a ser realizado pelos agentes comunitários de saúde.

Quando se faz referência à nova forma de intervenção, visa-se à participação da população que é beneficiada; os princípios são colocados a todos, e não impostos como forma de lei ou normas que são obrigatórias. Nesse contexto, o importante é a qualidade de vida dos pacientes.

No final dos anos 80, relataram-se as primeiras atividades desenvolvidas por ACS, que visavam a auxiliar as famílias para diminuir a mortalidade infantil, ressaltando-se também ações voltadas à saúde da mulher e das crianças. Em 1994, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi inserido no PSF, e juntos estabeleceram eles alternativas de reorganizar e priorizar a atenção básica, além de levar cobertura assistencial às populações marginalizadas.

Para que esse projeto de ajuda às famílias na área de saúde tenha sucesso e seja desempenhado com qualidade, é necessário priorizar determinados fatos, como no caso dos ACS. Em primeiro lugar, é interessante que esses agentes façam parte da comunidade na qual desempenharão seu trabalho, pois saberão trabalhar utilizando a mesma linguagem, com os mesmos costumes e a mesma cultura. E, por passarem a tratar de toda a família, e não apenas do setor materno-infantil, é interessante que os ACS tenham um grau de escolaridade mais elevado.

É importante até mesmo para o Sistema Único de Saúde (SUS) que os ACS sejam incorporados à equipe de saúde da família, participando e se envolvendo nas variadas ações técnico-assistenciais ou político-sociais. Por não se delimitar a função que será exercida pelos agentes, muitas vezes estes são sobrecarregados; costuma-se concluir que tudo que venha a ser desenvolvido na comunidade referente às famílias deve ser atribuído a eles. Isso acaba por instruir um processo inadequado de qualificação, pois os agentes recebem diversos treinamentos fragmentados, realizados por diferentes programas, sem haver uma sequência

lógica. Para que seja mais específica e eficiente essa qualificação, é preciso organizar todo o processo e, com o auxílio de todos, realizar as transformações, o que é sem dúvida um processo lento.

Em todos os setores, sejam eles políticos, sociais ou da área da saúde, é necessário todo um processo de formação e qualificação, inclusive com os agentes comunitários de saúde. Ao se preparar o novo profissional, de acordo com a nova reforma, é preciso buscar mecanismos de seleção e processos de capacitação, realizando treinamentos introdutórios e posteriormente atualizando os profissionais, deixando-os sempre aptos para desempenhar sua função com qualidade e eficiência.

Em meados dos anos 90, sob o regime do Plano Diretor de Reforma do Estado, houve no SUS uma flexibilização; a iniciativa privada veio auxiliar a atuação do Estado na área da saúde, visando a uma relativa melhora nos serviços, que passariam a ser realizados com mais eficiência, uma maior autonomia gerencial e uma redução de custos. No ano de 2002, o Ministério da Saúde ressalta em um texto as alternativas admitidas à vinculação do ACS, que seriam: de forma direta – por vias públicas, através de concursos públicos – e de forma indireta – por meio de contratos e convênios, ou mesmo através de parcerias com entidades privadas. Através dessa abertura proporcionada pelo Ministério da Saúde, muitos municípios contrataram os ACS através de prestação de serviços, contratos temporários, entre alternativas aceitas para tais contratações.

A categoria dos ACS foi agrupada ao PSF, realizando um elo entre as necessidades relatadas pela comunidade e os serviços de saúde. Foi-se então criando uma necessidade de que tais agentes tivessem uma maior qualificação profissional, para assessorar com qualidade e eficiência os que necessitam de seus auxílios; no ano de 2006, com a Lei nº 11.350, a profissão passou a ser regulamentada. A partir de então, os ACS passaram a desempenhar um papel de extrema relevância dentro da Equipe de Saúde da Família (ESF).

O Sistema Único de Saúde atualmente busca reordenar os serviços e as ações através de promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. Nesse meio, a preocupação é embasada na assistência de baixa complexidade, a qual pode ser realizada nas unidades básicas, como os centros de saúde, que servem como porta de entrada para dar prosseguimento aos casos mais agravantes e complexos, necessitando de uma maior qualificação dos profissionais de saúde.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

São muitos os caminhos de interpretação diante de um estudo qualitativo desta magnitude. Este primeiro esforço de leitura crítica dos resultados é apenas uma possibilidade de olhar, uma construção inicial que se abre sobre um diálogo que é contínuo e inesgotável. Ainda assim, a perspectiva de análise escolhida permite ressaltar elementos aparentemente significativos e potentes para os processos de melhoria que podem ser disparados em todos os níveis do sistema de saúde.

A saúde é o último esteio da sociedade; é o único serviço básico que ampara o sujeito independentemente da situação em que ele se encontra. A saúde estará lá, mesmo que seja um beco sem saída. O problema da saúde mental atual pode ser resultado de uma má adaptação cultural da sociedade, que saiu de um modelo voltado para o campo e consolidou-se na cidade, sem que os efeitos colaterais pudessem ser esperados e reparados a tempo.

A cena urbana é repleta de representações e significados; o problema da saúde mental, embora aconteça em qualquer lugar, tem predileção pelo ambiente urbano. Com amplo acesso a álcool e drogas, algumas pessoas despedaçam suas trajetórias num labirinto ausente de sentido.

Essas representações, Segundo Oliveira e Dias (2010), os usuários de drogas estão revestidos de um imaginário e de práticas que remetem ao gozo, à irresponsabilidade, à delinquência e à afronta aos hábitos e costumes sociais. Em virtude disso, não há muita disponibilidade da sociedade em geral para ouvir sobre suas experiências e vivências. Como consequência, seu sofrimento, suas demandas e todo o seu mal-estar ficam invisíveis. Pode-se dizer que muito se fala sobre os usuários de drogas, mas pouco se escuta e pouco se faz em prol da sua subjetividade e reinserção social. Pouco se faz em termos de cuidado e de propostas de mudanças, pois o dependente químico ainda é tratado como marginal e como alguém que precisa não só ser punido, mas excluído da sociedade (Nunes, Santos, Fischer, & Güntzel, 2010).

Lima (2005) destaca que a dependência química corresponde a um fenômeno que não se confunde apenas com o consumo de drogas, mas sim ao encontro de um indivíduo consigo mesmo, com seus valores e crenças. De modo que, a droga,

inserida nesse sistema capitalista, num determinado contexto sociocultural, incentiva, carimba e aprisiona o indivíduo no personagem do viciado, o que impossibilita muitas vezes que ele consiga sua diferenciação. Assim, impõe-se sobre ele a negação de sua experiência pessoal subjetiva e idiossincrática e lhe é atribuído um sentido *a priori* para a sua vida.

Esse sofrimento não tem fim; jamais será erradicado. Ele é parte do ser humano e altamente alimentado por este ambiente consumista, superficial, competitivo, especializado; caberiam aqui infinitos adjetivos para qualificá-lo. O fato importante é que ele exige de muitas pessoas o que elas não conseguem entregar; as pessoas, por mais duras que sejam, não conseguem reverter energia criativa e produtiva para construir afetos ou aguentar os obstáculos da vida. Isso não deveria ser um problema; é preciso aceitar as limitações de cada um e atuar para reduzir ao máximo o dano que podem causar a si mesmos. Mas, em primeiro lugar, seria preciso não causar danos.

Esse elemento humano, ao longo de todo o estudo, foi o aspecto que mais chamou a atenção; foi ele a transformação mais notável verificada pelos profissionais que participaram da formação. Sim, há nessas respostas uma carência, uma falta de cuidado com os próprios profissionais. Aqueles que transitam na base da pirâmide hierárquica muitas vezes são pressionados de todos os lados e sentem-se também abandonados, pouco valorizados. Sim, certamente há divergências. Mas a realidade de cada ACS, auxiliar e técnico de enfermagem nos serviços da atenção básica espalhados pelo país é única; generalizações só a empobrecem, quando servem para desqualificar ainda mais o trabalho de algum profissional.

Qualquer processo que reúna os profissionais, os valorize e dê sentido a sua atividade será um passo importante para a melhoria geral do trabalho. Mas não é apenas de comportamentos e relações que se vive a realidade de uma UBS; a necessidade em saúde de qualquer território abrange uma complexidade que invariavelmente pressiona todo o sistema, e por vários lados.

Ainda assim, a percepção da formação desses profissionais num universo de mais de 90 pessoas repercutiu bem: os participantes apresentaram uma boa curva de aprendizagem, alinharam conceitos, sensibilizaram-se sobre a natureza do problema e sobre os equipamentos em outros níveis da rede. O trabalho multiprofissional e articulado está no horizonte desses profissionais; o olhar

humanizado, a quebra de medos e preconceitos, a autovalorização e autoestima, o clima organizacional positivo nas equipes: tantos elementos positivos só demonstram a força de iniciativas relativamente simples, mas que cuidam de cada um.

É pouco provável que uma formação desses profissionais altere significativamente o cenário de precariedade e desassistência dos usuários de álcool e drogas, até porque se trata de uma população que geralmente rejeita vínculos sociais. O trabalho de referenciá-los aos programas especializados com linhas de cuidado tão organizadas não parece ser factível para todo o universo do problema; pensando-se assim, parece algo inverossímil.

Mesmo reconhecendo que as limitações de um problema sem solução desanimam qualquer iniciativa que proponha saídas, o caso deste estudo mostra um exemplo de ação efetiva para trazer pelo menos a dimensão de precariedade – e de como ela se articula em todo o sistema – à discussão. Associada a essa dimensão pública mais geral, a formação fortaleceu o foro íntimo dos profissionais e como cada um vivencia as experiências no próprio ambiente de trabalho. Isso em si já é uma grande realização.

Foi possível perceber, nesta pesquisa, alguns aspectos importantes das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde que participaram do curso de formação Caminhos do Cuidado. Dentre eles está a contribuição para a formação de agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem da atenção básica, atuando no acolhimento e na escuta e embasando suas práticas de cuidado em saúde mental, com ênfase nos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas. Outro ponto foi a ampliação do olhar dos profissionais de saúde quanto ao cuidado em saúde mental, com isso quebrando barreiras e o preconceito, principalmente entre os ACS, no que refere ao acesso aos usuários e ao aumento dos recursos desses profissionais e dos auxiliares/técnicos de enfermagem para o cuidado em saúde mental, a atuação na rede de atenção e a construção de territórios de paz. Houve, por fim, a apropriação do processo de reforma psiquiátrica, da política de saúde mental, com ênfase na rede de atenção psicossocial com vistas à produção do cuidado, e da reintegração social e da cidadania das pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

Ainda se verificou a necessidade de compartilhar com alguns profissionais de saúde mais informações sobre o acesso a dados sociais, culturais e

epidemiológicos sobre o uso de drogas, com o objetivo de problematizar seu processo de trabalho, sua compreensão sobre a integralidade do cuidado, e ampliar as possibilidades de atenção ao usuário seguindo o princípio da equidade e a diretriz da Redução de Danos. Esses aspectos viabilizam aos trabalhadores distinguir os hábitos e suas consequências de agravo à saúde, distanciando-se, na medida do possível, de uma abordagem moralista e preconceituosa e aproximando-se de uma intervenção na perspectiva da clínica ampliada e humanizada.

Portanto, constatou-se com alguns profissionais, já que não houve continuidade, a necessidade de um novo curso de capacitação em saúde mental, álcool e outras drogas para o aprimoramento dos seus conhecimentos sobre o tema e alcançar os objetivos da formação Caminhos do Cuidado. É preciso também colocar esses conhecimentos em prática, pois nem todos os profissionais colocam a teoria que foi aprendida em prática com os usuários que chegam às unidades de saúde.

Por fim, os resultados obtidos foram, assim, apenas o ponto de partida para novas investigações e ações que se fazem necessárias na prática.

REFERÊNCIAS

ABEAD. Proposta para uma política nacional de prevenção do consumo do álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas. Brasília, 1990.

ABRIC, J. C. (1996). Specific processes of social representations. *Paperson Social Representations*, 5(1), 77-80.

ABRIC, J. C. (2001a). A structural approach to social representations. In K. Deaux, & G. Philogène (Eds.), *Representations of the social* (pp. 42-47). Oxford: Blackwell.

ABRIC, J. C. (2001b). O estudo experimental das representações sociais. In D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp.155-172). Rio de Janeiro, RJ: UERJ.

ALVES, Andréa Cristina. Trabalho em rede: desafios da atenção psicossocial relativos à assistência ao portador de sofrimento mental no município de Janaúba-MG. 2016. Disponível em: <https://repositorio.unaerp.br/handle/12345/311>. Acesso em: 22 fev. 2021

ALVEZ-MAZZOTI, A.J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. *Revista Múltiplas Leituras*. Vol.1(1):18-43, 2008.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, fev.2005.

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 2. ed. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008. 117 p.

ANDRADE, A. G. et al *Cocaína e Crack*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ANDRADE, AG.; BASSIT, AZ.; KERR-CORRÊA, F. e cols. Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do Estado de São Paulo. *Revista APB-APAL*, 17:41-46, 1995.

ANDRADE, AG.; QUEIRÓZ, S.; VILLABOIM, RCM. e cols. Uso de álcool e drogas entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo. *Revista ABP-APAL*, 19(2): 53-59, 1997.

ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. Disponível em:

https://transes.paginas.ufsc.br/files/2014/10/etnografiasemservicos_versaofinal1-1.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

ANDRADE, T.M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015> Acesso em: 21 de mar de 2021.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 13 jul. 2021.

ARRUDA, A. (2002). A teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, (117), 127-147. doi:10.1590/S0100-15742002000300007

BARROSO, Sabrina Martins, SILVA, Mônica Aparecida. Reforma Psiquiátrica brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Rev. SPAGESP*. São Paulo. 2011;12(1):66-78. Disponível em:

https://app.uff.br/slab/uploads/26-_reforma_psiqui%C3%A1trica_brasileira_o_caminho_da_desinst.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

BASAGLIA, F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferências no Brasil. São Paulo, Monsanto, 1982.

BERTUSSI, Vanessa Cristina et al. Substâncias psicoativas e saúde mental em profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 20, 2018. Disponível em:

<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/47820/26403>. Acesso em: 16 jul. 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal. Brasília. 1988.

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. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 22 fev. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica. 2010. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Lex: Diário Oficial da União 29 de mar de 2006. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Saúde apresenta a composição e organização da ESF. [homepage na internet]. Brasília, 2006. Disponível em:

www.saude.gov.br. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica. 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300002&script=sci_abstract&lng=es. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Conselho Nacional de Saúde/MS, 2002. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: MS, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério Público Federal (MPF) e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC). Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001. Brasília, 2011. Disponível em: http://mpf.mp.br/pfdc/temas-de-atuacao/saude-mental/docspublicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.720, de 4 de outubro de 1994. Institui o dia 10 de outubro de 1994 como o Dia Mundial da Saúde Mental pela Federação Mundial de Saúde Mental e pela Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://www.santacasasp.org.br/portal/site/pub/12928/dia-mundial-da-saude-mental>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Define que fica estabelecida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o intuito é de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para as pessoas transtorno mental ou com problemas voltados ao uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html#:~:text=Art.,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html#:~:text=Art.,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)). Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os serviços residenciais terapêuticos. Disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

BRASIL. Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas relacionadas ao bom desempenho no funcionamento das ações na área da saúde mental. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria224.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

BRÊDA, M.Z.B, AUGUSTO, L.G.S.A. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência Saúde Coletiva* [online]. 2001, 2(6):471-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7017.pdf>. Acesso em: 17 set 20.

CAMATTA, Marcio Wagner; TOCANTINS, Florence Romijn; SCHNEIDER, Jacó Fernando. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: expectativas de familiares. *Escola Anna Nery*, v. 20, p. 281-288, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/p6z3GBJv4VhnJ4GFS5PKrXG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2021.

CAMPOS, GW; BARROS, RB; e CASTRO, AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. [online]. 2004, vol. 9, no. 3, p. 745-749.

CAPACITA, C. D. E. et al. Tratamento Farmacológico das Dependências CID 10 Substâncias Psicoativas. 2006. Disponível em: <http://palestrasdiversas.com.br/Nelson%20%20Temas%20Diversos%20%20XXVII/C RATOD%20-%20Tratamento%20Dependen09.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

CARDOSO, Maristela Person et al. A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde. *Aletheia*, n. 45, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v23n1/v23n1a22.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

CASTRO, P. (2002). Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em S. Moscovici. *Análise Social*, 37(164), 949-979. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/41011617>.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. Guia de direitos humanos loucura cidadã. Salvador: AMEA, 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_dh_loucuracidada.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.

COSTA, Maria Martha Lauande da. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): contextualização de sua implantação na Atenção Básica à Saúde no Brasil. 2013. Disponível em:

https://bdm.unb.br/bitstream/10483/4945/1/2013_MariaMarthaLauandedaCosta.pdf.

Acesso em: 13 fev. 2021.

DE SANTANA SILVA, Everaldo; LINS, Gustavo Aveiro; DE CASTRO, Elza Maria Neffa Vieira. Historicidade e olhares sobre o processo saúde-doença: uma nova percepção. Revista Sustinere, v. 4, n. 2, p. 171-186, 2016. Disponível em:

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/25976>. Acesso em:

24 fev. 2021.

DO AMARAL, R. A.; MALBERGIER, A.; DE ANDRADE, A. G. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 32, n. SUPPL. 2, p. 5104–5111, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462010000600007&script=sci_arttext&tlng=pt.

Acesso em: 07 fev. 2021.

FEITOSA, L.; Rosa, L.C. Processo de reestruturação da reforma da atenção em saúde mental no Brasil: avanços e desafios. Sociedade em debate, Pelotas, EDUCAT, nº 38, p 135-152, 2008.

FERREIRA, RF.; CALVOSO, GG.; GONZÁLES, CBL. Caminhos da Pesquisa e a Contemporaneidade. Psicologia: Reflexão e Crítica, 15 (2): 243-250. 2002.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa, CAMPOS Rosana Onocko. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2013;14(1):129-38. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/bPpQztZyRtWHjkv7DvncTrd/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 17 jul. 2021.

FORMIGA, Mariana Bandeira et al. Presença de diagnóstico duplo entre usuários e não usuários de drogas lícitas e ilícitas no Brasil. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 64, n. 4, p. 288-295, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/3YCHSbS4Bz3fQF868QJ9Qvr/abstract/?lang=en>

Acesso em: 10 mar. 2021.

FOUCAULT, Michel. História da loucura. São Paulo: Perspectiva, 1978. Disponível em:

<http://www.uel.br/projetos/foucaultianos/pages/arquivos/Obras/HISTORIA%20DA%20LOUCURA.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

FRAYZE-PEREIRA, João Augusto. O que é loucura. 10ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. Disponível em: https://www.fe.unicamp.br/eventos/siee/i-siee/joao_augusto_frayze_pereira.html. Acesso em: 22 fev. 2021.

FURTADO, Juarez Pereira; MIRANDA, Lílian. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 9, n. 3, p. 508-524, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142006000300010&script=sci_arttext. Acesso em: 10 fev. 2021.

GALDURÓZ, JCF; NOTO AR; CARLINI, EA. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 10 Capitais Brasileiras -1997. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo. 1997.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer, M.W.; Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/Manicomios-prisoas-e-conventos.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

GONÇALVES EC. Alguns conceitos referentes à toxicomania. In: Bucher R. As drogas e a vida: uma abordagem psicossocial. São Paulo (SP): EPU, 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000086&pid=S14148145200800030002400006&lng=en. Acesso em: 22 fev. 2021.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 7, p. 1641-1650, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000700019&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 10 mar. 2021.

GOULART, Maria Stella Brandão. Em nome da razão: quando a arte faz história. Journal of Human Growth and Development, v. 20, n. 1, p. 36-41, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/06.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

GRENN, J.; THOROGOOD, N. Qualitative methods for Health Research. Thousand Oaks: SAGE Publication. 2004.

HEIDRICH, A. V. Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Tese de Doutorado – Porto Alegre: PUCRS, 2007.

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. ASSIST Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde: Versão preliminar 1.1 / Rachel Humeniuk; Vladimir Poznyak; tradução Telmo Mota Ronzani; supervisão da tradução Maria Lucia O. Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda; revisão Úrsula Bueno do Prado Guirro. São Paulo: OMS, 60p, 2004. Disponível em: https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/06/SUP9_Mod4.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. Jodelet, D. (org.) In: As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ. p. 17-44, 2001.

JUCÁ, V.J.S., NUNES, M.O., & BARRETO, S.G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1),173-182, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tZPm6zSLKWkKqrcyRdbjT4P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 março 2021.

JÚNIOR, Benilton Bezerra. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, 2007. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v17n2/v17n2a02.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

LEFÈVRE, F. e LEFÈVRE, AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília, Líber Livro Editora, 224p. 2010.

LEFÈVRE, F. E LEFÈVRE, AMC, MARQUES, MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. Ciência & Saúde Coletiva, 14(4):1193-1204, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bLYcq4qWYBJnrfZzbVrZmJh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 maio 2021.

LEFÈVRE, F. e LEFÈVRE, AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003.

LEFÈVRE, F. e LEFÈVRE, AMC. O sujeito coletivo que fala. Revista Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.10, n.20, p.517-24, jul/dez 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/QQw8VZh7pYT wz9dGyKvpx4h/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 maio 2021.

LESSA, M. B. M. F. Os paradoxos da existência na história do uso das drogas. 1998. Disponível em: www.ifen.com.br/artigos.htm. Acesso em: 10 fev. 2021.

LIMA, A. F. (2005). *A dependência de drogas como um problema de Identidade: possibilidades de apresentação do 'Eu' por meio da Oficina Terapêutica de Teatro* [Dissertação de Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.

LUCCHESI, R., OLIVEIRA, A. G. B., CONCIANI, M. E., & MARCON, S. R. (2009, setembro). Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9), 2033-2042.

LUDKE, M.; ANDRÉ M.E.D. A pesquisa em educação: abordagem qualitativa. São Paulo: EPU. 1986.

MACHADO, L.V.; BOARINI, M.L. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 33, n. 3, p. 580-595. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a06.pdf> > Acesso em: 06 set. 2021.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. Disponível em: <http://www.historiaecultura.pro.br/cienciaepreconceito/agenda/danacaodanorma.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

MACIEL, Silvana Carneiro; et al. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712008000100014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 fev. 2021.

MARTINS, H.H.T.S. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Revista Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.30, n.2, p. 289-300, maio/ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/4jbGxKMDjKq79VqwQ6t6Ppp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

MELO, Anastácia Mariana da Costa. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. Florianópolis – SC: *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 2012. Disponível em:

<http://stat.entrever.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2358/2860>.

Acesso em: 10 mar. 2021.

MELO, J. R. F., & MACIEL, S. C. (2014). *Representações sociais do crack elaboradas por usuários em tratamento Psicologia em Estudo*, 20(1), 23-32. doi:10.4025/psicolestud.v20i1.23989.

MENEZES, Giselle Maria Duarte. Portfólio: Vivências em um curso semipresencial de Especialização em Saúde da Família. Ceará, 2011. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/11363/1/Portfolio%20Giselle%20Maria%20Duarte%20Menezes%20REVISADO_VERSAOFINAL.pdf. Acesso em: 12 mar. 2021.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. Ribeirão Preto – SP: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762008000200009&script=sci_abstract. Acesso em: 22 fev. 2021.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento. 14^a. Ed. São Paulo: Hucitec. 2015.

MINAYO, MCS. & SANCHES, O. Qualitative and Qualitative Methods: Oposition or Complementarity? *Cad. de Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, O que é Atenção Primária? Brasília, 2010. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 20 jul. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Sistema Único de Saúde – Centro Cultural da Saúde. Memórias da Loucura. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/raps.html>. Acesso em: 10 mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conheça a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

MOSCOVICI, S. (2011). *Representações sociais: investigações em psicologia social* (7a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

NUNES, D. C., SANTOS, L. M. B., FISCHER, M. F. B., & GÜNTZEL, P. (2010). “...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...”. In L. M. B. Santos (Org.), *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas* (pp. 15-26). Porto Alegre, RS: Ideograf.

OLIVEIRA, D. C., & DIAS, M. H. (2010). Os jovens usuários de crack e a rede de cuidados: problematizações a partir de uma experiência. In L. M. B. Santos (Org.), *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas* (pp. 27-42). Porto Alegre, RS: Ideograf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. Acesso em: 13 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Reagindo aos problemas das drogas e do álcool na comunidade. Livraria Santos Editora, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo, 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

OTENIO, C.C.M. *Rev. adm. saúde* ; 10(39): 79-84, abr.-jun. 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-527811>. Acesso em: 27 maio 2021.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “Guerra às Drogas”. *Psicologia e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 154-162, jan./abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021.

PRAÇA, NS.; MERIGHI, MAB. Abordagens teórico metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? Rio de Janeiro: Revista de Saúde Coletiva, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010373312014000100253&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 mar. 2021.

RATTON, Helvécio. Em nome da razão [filme]. Belo Horizonte. 1979. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19941>. Acesso em: 22 fev. 2021.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. O processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/epidemiologia-da-impresciao-processo-saude-doenca-mental-como-objeto-da-epidemiologia>. Acesso em: 10 fev.2021.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. Porto Alegre – RS: Revista Ciência & Saúde, 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4843>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Presidência da República. Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. Brasília, SENAD, 2010.

SERAFIM, Roseane Christhina da Nova Sá et al. Representações sociais da reforma psiquiátrica e doença mental em universitários brasileiros. Psicologia, Saúde e Doenças, v. 18, n. 1, p. 221-233, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36250481018.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SILVA, Denilson Gomes. Et al. Concepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a Saúde Mental na Atenção Básica¹. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. jul.-set. 2017;13(3):118-124. Teresina, 2017. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/9cf1/16d33e0d219c2373ce8613153b55b2ada1eb.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2021.

SILVA, Elisa Alves; COSTA, Ileno Izídio da. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 13, n. 4, p. 635-647, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/QLbJxQDp5n7jvFRNbqsKZsr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SIMÕES, Cirilo Cezar Naozuka et al. Protocolo de desintoxicação ambulatorial para alcoolistas: estratégias de intervenção para enfermeiros. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167227/Cirilo%20Cezar%20Naozuka%20Simoes%20-%20PSICO%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SINIBALDI, Barbara. Mapeamento da demanda de saúde mental infantil em um município de pequeno porte. 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97525/000744348.pdf;jsessionid=460E051831AF44AA246D85F0E684CB54?sequence=1>. Acesso em: 05 mar. 2021.

SOUSA, MF. Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo! São Paulo: Hucitec, 2001.

SWIFT, R. M.; LEWIS, D. C. Farmacologia da Dependência e Abuso de Drogas. Princípios da Farmacologias - A Base Fisiopatológica da Farmacoterapia, p. 260–278, 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3319241/mod_resource/content/1/Farmacologia%20da%20dependencia%20e%20abuso%20%20de%20drogas.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.

TEIXEIRA CF. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integridade da atenção à saúde no SUS. Revista Brasileira de Saúde da Família. 2004.

TÓTOLI, Flávia Costa; MARCOS, Cristina Moreira. Psicanálise e Toxicomania. Cadernos de Psicanálise| CPRJ, v. 39, n. 36 jan/jun, p. 125-140, 2017. Disponível em: http://cprj.com.br/ojs_cprj/index.php/cprj/article/view/36/110. Acesso em: 22 fev. 2021.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-05102016-165617/pt-br.php>. Acesso em: 10 mar. 2021.

VALADARES SOUZA, Geruza. História da loucura e danação da norma: uma genealogia do trabalho como tecnologia de controle utilizada pela psiquiatria clássica. 2020. Disponível em: <https://roderic.uv.es/handle/10550/79151>. Acesso em: 10 mar. 2021.

VELOSO, Tatiana Maria Coelho; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello. Concepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre saúde mental. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 34, p. 79-85, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rngen/a/RLSZYgm4L4s7FRRzBQMzQMn/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 15 jul. 2021.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. Reforma Psiquiátrica e Serviços Residenciais Terapêuticos”. J Bras Psiquiatr. 2008;57(1):70-79. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852008000100013&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 fev. 2021.

YASUI, Silvio. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Editora Fiocruz, 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

YIN RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. Porto Alegre. Bookman, 2001.

APÊNDICE B – E-MAIL-PADRÃO DE CONVITE ÀS COORDENAÇÕES DE SAÚDE

Gmail

Nesp Adm <nesp adm@gmail.com>

Projeto caminhos do cuidado

1 mensagem

Nesp Adm <nesp adm@gmail.com>

30 de outubro de 2017 10:11

Para: liliamne@gmail.com

Bom dia!

Prezada,

Meu nome é Juliana, trabalho no Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP, da UnB, coordeno uma pesquisa que foi solicitada pelo Ministério da Saúde, juntamente com a Fiocruz, em realizar uma avaliação do curso de formação realizado pelo projeto 'Caminhos do Cuidado' ofertado pelo próprio Ministério da Saúde.

A pesquisa consiste em: "Avaliar o impacto da formação dos agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da atenção básica no acolhimento e escuta nas práticas de cuidado em saúde mental, com ênfase nos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas em cinco regiões brasileiras".

Portanto, iremos precisar agendar em "**MUNÍCIPIO**" com no mínimo duas equipes da saúde da família com profissionais que participaram da formação. Os profissionais são:

- 01 auxiliar de enfermagem
- 01 técnico de enfermagem
- 02 agentes comunitários de saúde
- 01 gestor
- 01 coordenador.

É possível nos ajudar em agendar essa visita?

Estou a disposição para demais dúvidas.

Desde já agradeço

Att

Juliana

Coordenadora da Unidade Saúde da Família - NESP/UnB

(61) 3107-7944

APÊNDICE C – INSTRUMENTOS

Agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem

1. Em sua opinião, quais as condições de saúde dos usuários de crack, álcool e outras drogas atualmente?
2. Em sua opinião, quais doenças e/ou agravos mais acometem essa população atualmente? Por quê?
3. Já havia tido contato com o tema Saúde Mental antes da Formação?
4. Quando foi o seu primeiro contato com a Política de Saúde Mental e com a Política Integral de usuários de crack e outras drogas?
5. Você mudaria alguma coisa nas políticas, após a vivência da formação?
6. Você acredita que essas políticas atendem em totalidade às demandas da população que faz uso de álcool, craque e outras drogas? Por quê?
7. Em sua opinião, quais contribuições a Formação deixou no setor Sanitário e Psiquiátrico da sua região?
8. Quais demandas sociais justificam a necessidade da existência da Saúde Mental na Atenção Básica?
9. No seu ponto de vista, o foco dos profissionais da rede sobre saúde mental é na doença ou na ação integral? Qual a mais resolutiva? Por quê?
10. As atividades de promoção da saúde são tão importantes quanto as práticas preventivas e curativas? Por quê?
11. Você acha que a formação pode minimizar a Redução de Danos dos usuários de crack, álcool e outras drogas?
12. Em sua opinião, os(as) demais membros da equipe de atenção básica estão preparados(as) para atender às demandas dessa população? Por quê?
13. De que forma você, como profissional, passou a enxergar a Saúde Mental na Atenção Básica?
14. Na sua opinião qual o papel do CAPs dentro da rede de atenção à saúde?
15. O CAP's passou a ser visto de outra forma pelos profissionais de saúde do seu município após a Formação? E por você?
16. Você acha que o CAP's é de conhecimento de toda população do seu município? E dos usuários?

17. Você tinha medo ou algum receio de lidar com essa população antes da Formação?
18. O que mudou no SEU olhar como profissional em relação aos usuários de álcool, crack e outras drogas após a Formação. Relate um antes e depois.
19. Na sua opinião, qual foi o impacto da formação no seu município?
20. Tem algo que não foi mencionado nessa entrevista que você gostaria de comentar?
21. Qual o seu feedback da formação?

Gestores

1. Em sua opinião, quais as condições de saúde dos usuários de crack, álcool e outras drogas atualmente?
2. Em sua opinião, quais doenças e/ou agravos mais acometem essa população atualmente? Por quê?
3. Quando foi o seu primeiro contato com a Política de Saúde Mental e com a Política Integral de usuários de crack e outras drogas? Você já tinha tido acesso a essas políticas antes da Formação?
4. Você mudaria alguma coisa na política, após a vivência da formação?
5. Você acredita que essa política atende às demandas da população que faz uso de álcool, craque e outras drogas? Por quê?
6. Como foi realizada a estrutura, divulgação e processo para a realização da Formação no seu município?
7. Em sua opinião, quais contribuições a Formação deixou no setor Sanitário e Psiquiátrico da sua região?
8. Em sua opinião quais contribuições a Formação deixou na sua USF (Unidade de Saúde da Família)?
9. Quais demandas sociais e contexto político tornam possível e necessário a existência da Saúde Mental na Atenção Básica?
10. Você acredita que essa formação pode ser a base para uma futura política pública ou estratégia política educativa na rede escolar, instituições de ensino e pesquisa, e gestores de saúde?
11. No seu ponto de vista, o foco dos profissionais da rede de atenção a saúde sobre saúde mental é na doença ou na ação integral? Qual a mais resolutiva? Por quê?
12. As atividades de promoção da saúde são tão importantes quantos as praticas preventivas e curativas?

13. Você acha que a Formação pode minimizar a Redução de Danos dos usuários de crack, álcool e outras drogas?
14. Em sua opinião, os(as) demais membros da equipe de atenção básica estão preparados(as) para atender às demandas dessa população? Por quê?
15. E na sua Unidade de Saúde, os profissionais estão preparados?
16. De que forma você, como profissional, passou a enxergar a Saúde Mental na Atenção Básica?
17. Na sua opinião qual o papel do CAPs dentro da rede de saúde?
18. O CAP's passou a ser visto de outra forma pelos profissionais de saúde do seu município? E por você?
19. Você acha que o CAP's é de conhecimento de toda população do seu município? E dos usuários?
20. Em sua opinião, os(as) demais membros da equipe de atenção básica estão preparados(as) para atender às demandas dessa população? Por quê?
21. O que mudou no olhar do profissional (ACS, técnico e gestor) em relação aos usuários de álcool, crack e outras drogas após a Formação.
22. Você observou algum retorno da população envolvida, após a formação?
23. Houve alguma mudança no perfil dos profissionais após a formação?
24. Na sua opinião, qual foi o impacto da formação na sua região?
25. Faça um antes e depois com as mudanças percebidas após a Formação?
26. Tem algo que não foi mencionado nessa entrevista que você gostaria de comentar?
27. Qual o seu feedback do Formação?

Coordenadores da atenção básica

1. Em sua opinião, quais as condições de saúde dos usuários de crack, álcool e outras drogas atualmente?
2. Em sua opinião, quais doenças e/ou agravos mais acometem essa população atualmente? Por quê?
3. Quando foi o seu primeiro contato com a Política de Saúde Mental e com a Política Integral de usuários de crack e outras drogas? Você já tinha tido acesso a essas políticas antes da Formação?
4. Você acredita que essas políticas atendem às demandas da população que faz uso de álcool, craque e outras drogas? Por quê?

5. Como se deu a negociação política da formação em sua região?
6. Como foi feita a mobilização para a realização da Formação?
7. Como foi realizada a estrutura, divulgação e processo para a realização da Formação na sua região?
8. Em sua opinião, quais contribuições a Formação deixou no setor Sanitário e Psiquiátrico da sua região?
9. Quais demandas sociais e contexto político tornam possível e necessário a existência da Saúde Mental na Atenção Básica?
10. Você acredita que essa formação pode ser a base para uma futura política pública ou estratégia política educativa na rede escolar, instituições de ensino e pesquisa, e gestores de saúde?
11. No seu ponto de vista, o foco dos profissionais da rede de atenção a saúde sobre saúde mental é na doença ou na ação integral? Qual a mais resolutiva? Por quê?
12. As atividades de promoção da saúde são tão importantes quanto as práticas preventivas e curativas?
13. Você acredita que a Formação pode minimizar a Redução de Danos dos usuários de crack, álcool e outras drogas?
14. Em sua opinião, os(as) demais membros da equipe de atenção básica estão preparados(as) para atender às demandas dessa população? Por quê?
15. De que forma você, como profissional, enxerga a Saúde Mental na Atenção Básica?
16. Na sua opinião qual o papel do CAPs dentro da rede de saúde?
17. O CAP's passou a ser visto de outra forma pelos profissionais de saúde do seu município? E por você?
18. Você acha que o CAP's é de conhecimento de toda população do seu município? E dos usuários?
19. O que mudou no olhar do profissional (ACS, técnico e gestor) em relação aos usuários de álcool, crack e outras drogas após a Formação.
20. Você observou algum retorno da população envolvida, após a formação?
21. Houve alguma mudança no perfil dos profissionais após a formação?
22. Faça um antes e depois com as mudanças percebidas após a Formação?
23. Na sua opinião, qual foi o impacto da formação no seu município?
24. Tem algo que não foi mencionado nessa entrevista que você gostaria de comentar?
25. Qual o seu feedback da Formação?

APÊNDICE D – SISTEMATIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS

Síntese qualitativa das representações sociais (LEFÈVRE, 2009) e distribuição de frequências por questão

a) Questionário Coordenadores da Atenção Básica

Questão 1

1. Em sua opinião, quais as condições de saúde dos usuários de crack, álcool e outras drogas atualmente?
A. Precariedade em qualidade de vida. (3 - 42,86 %)
B. Dependência do serviço público para superação do vício. (1 - 14,29 %)
C. Limitações do atendimento em saúde mental por parte dos profissionais envolvidos. (1 - 14,29 %)
D. Vulnerabilidade Social (2 - 28,57 %)
Total respostas – 7
Discurso Sujeito Coletivo: <i>As condições são precárias e deploráveis, portanto, necessitando de uma abordagem multiprofissional (A).</i>

Questão 2

2. Em sua opinião, quais doenças e/ou agravos mais acometem essa população atualmente? Por quê?
A. Uso de crack e DST's. (1 - 14,29 %)
B. Depressão e Suicídio pelo abandono familiar e social. (1 - 14,29 %)
C. Tuberculose, dermatite e violência associada ao tráfico. (1 - 14,29 %)
D. Uso de CRACK e DST's, sífilis e transtornos mentais. (1 - 14,29 %)
F. Uso de CRACK e DST's (1 - 14,29 %)
H. Tuberculose e associação de doenças mentais e sexualmente transmissíveis. (1 - 14,29 %)
I. DST's e desnutrição (1 - 14,29 %)
Total respostas - 7
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Uso de crack, DST's, HIV, depressão, suicídio, tuberculose, afecções de pele, situações de violência relacionadas ao uso de drogas, transtornos mentais e desnutrição.</i>

Questão 3

3. Quando foi o seu primeiro contato com a Política de Saúde Mental e com a Política Integral de usuários de crack e outras drogas? Você já tinha tido acesso a essas políticas?
A. Secretaria de Saúde do Município (2 - 28,57 %)
B. Trabalhava na Atenção Básica (1 - 14,29 %)
C. Faculdade e cursos do Ministério da Saúde. (3 - 42,86 %)
D. Não teve contato com a política. (1 - 14,29 %)
Total respostas – 7

Discurso Sujeito Coletivo: *Na Faculdade com o curso SUPERA do Ministério da Saúde e quando trabalhava com uma psicóloga da Secretaria de Saúde.* (C)

Questão 4

4. Você acredita que essas políticas atendem as demandas da população que faz uso de álcool, craque e outras drogas? Por quê?

- A. Não conhece as políticas. (1 - 14,29 %)
- B. Não atendem pela enorme demanda. (1 - 14,29 %)
- C. Atende com fragilidade e limitações. (4 - 57,14 %)
- D. Tem potencial, mas precisa de reestruturação e capacitação aos profissionais. (1 - 14,29 %)

Total respostas – 7

Discurso Sujeito Coletivo: *Atende com fragilidade, pois é um problema estrutural e existem algumas limitações, pois a teoria é bastante estruturada e colocar em prática tem suas dificuldades. Precisa de muita capacitação, vontade dos profissionais e recursos financeiros para que as políticas possam atender as demandas de forma eficiente, mas estas políticas contribuem para a melhoria do acesso a população e dos usuários.* (C)

Questão 5

5. Como se deu a negociação política da formação em sua região?

- A. Ofício (1 - 16,67 %)
- B. Pactuação entre instituições relacionados com a saúde pública e educação profissional. (4 - 66,67 %)
- C. Secretaria municipal e Ministério da Saúde. (1 - 16,67 %)

Total respostas - 6

Discurso Sujeito Coletivo: *Pactuação entre a Secretaria Municipal de Saúde via ETSUS; Negociação política para formação profissional, articulada entre o gestor e a Escola de Saúde Pública; Gestão de Educação em Saúde e Através da 13ª Coordenadoria e Gestor.* (B)

Questão 6

6. Como foi feita a mobilização para a realização da Formação?

- A. Através de ofício destinado aos agentes comunitários de saúde. (1 - 20 %)
- B. Educação em Saúde da Secretaria Municipal. (3 - 60 %)
- C. Regionais de Saúde. (1 - 20 %)

Total respostas - 5

Discurso Sujeito Coletivo: *Educação em Saúde da Superintendência de Educação em Saúde do Município; Através da Escola de Formação em Saúde e Gestores municipais e estaduais de Saúde e da Gestão em Saúde Municipal.* (B)

Questão 7

7. Como foi realizada a estrutura, divulgação e processo para a realização da Formação na sua região?

A. Ofício. (1 - 20 %)
B. Gestão e Educação para a Saúde. (2 - 40 %)
C. Coordenação de Atenção Básica Municipal. (1 - 20 %)
D. Coordenação de Atenção Básica municipal. (1 - 20 %)
Total respostas – 5
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Gestão da EFOS e Divulgação entre os profissionais de educação em saúde.</i> (B)

Questão 8

8. Em sua opinião, quais contribuições a Formação deixou no setor Sanitário e Psiquiátrico da sua região?
A. Superação do medo ao lidar com a população usuária de álcool, crack e outras drogas e técnicas de abordagem e acompanhamento. (1 - 16,67 %)
B. Capacitação profissional e acolhimento humanizado aos usuários de crack, álcool e outras drogas. (1 - 16,67 %)
C. Participação dos profissionais de forma ativa no curso e promoção da auto estima dos envolvidos. (2 - 33,33 %)
D. Positivo. (1 - 16,67 %)
E. Aumento da qualidade na prestação dos serviços pelos profissionais de saúde. (1 - 16,67 %)
Total respostas - 6
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Muitas contribuições positivas sendo a mudança de alguns aspectos reais de desinformação como instruções para a aplicação de medicamentos e abordagem dessa população. (A) Contribuição para a equipe e a participação dos profissionais do CAPS e dos Agentes comunitários de saúde se destacaram como pontos positivos da formação. Ainda Melhora na autoestima dos profissionais de saúde e no atendimento oferecido pelos ACS aos usuários. (C)</i>

Questão 9

9. Quais demandas sociais e contexto político tornam possível e necessário a existência da Saúde Mental na Atenção Básica?
A. Demanda muito grande de vários pacientes com diversos transtornos mentais em idades diferentes. (2 - 33,33 %)
B. Depressão. (1 - 16,67 %)
C. Violência, muitos tipos de drogas ofertados, desestrutura familiar e financeira. (2 - 33,33 %)
D. Uso desenfreado de diversos tipos de drogas e medicamentos. (1 - 16,67 %)
Total respostas - 6
Discurso Sujeito Coletivo: <i>A necessidade de muitos pacientes de diferentes idades com transtornos em saúde mental e o grande número de usuários de drogas e álcool. Violência, Álcool, Drogas, Aliciamento de Jovens e Crianças para o tráfico e uso de drogas e trabalhos de prevenção e educação em saúde mental justificam a necessidade. As dificuldades em qualidade de vida para a população do país que acabam buscando refúgio no uso das drogas, falta educação para a saúde e doenças como depressão. (A e C)</i>

Questão 10

10. Você acredita que essa formação pode ser a base para uma futura política pública ou estratégia política educativa na rede escolar, instituições de ensino e pesquisa, e gestores?

A. Sim. (3 - 60 %)

B. Sim, mas é preciso qualificar as formas de trabalho. (1 - 20 %)

C. Sim, se aplicado nas escolas seria um diferencial enorme na qualidade de vida e orientação dos estudantes (1 - 20 %)

Total respostas - 5

Discurso Sujeito Coletivo: *Sim, tem um potencial em educação e também favorecer os profissionais na atuação, como estratégia dentro da política de qualificação inicial dos profissionais de saúde que podem trabalhar com humanização na assistência desses pacientes. (A)*

Questão 11

11. No seu ponto de vista, o foco dos profissionais da rede de atenção a saúde sobre saúde mental é na doença ou na ação integral? Qual a mais resolutive? Por quê?

A. Medicalização dos pacientes e planejando trabalhar a prevenção. (1 - 14,29 %)

B. Foco doença (6 - 85,71 %)

Total respostas - 7

Discurso Sujeito Coletivo: *Tratam a doença, mas deveriam tratar de forma integral. O melhor caminho é a prevenção, mas ainda trabalham de forma curativa. Há uma questão de deficiência na formação dos profissionais, estão tentando trabalhar de forma integral, porém com os vários problemas estruturais não conseguem. Culturalmente trabalham com a doença, e a estratégia que mais se adequa as necessidades dos usuários. (B)*

Questão 12

12. As atividades de promoção da saúde são tão importantes quanto as práticas preventivas e curativas?

A. Devem ser feitas de forma associada. (1 - 20 %)

B. A prevenção se destaca como mais importante. (1 - 20 %)

C. Promoção em saúde. (1 - 20 %)

D. Sim. (2 - 40 %)

Total respostas - 5

Discurso Sujeito Coletivo: *Sim, são essenciais. (D)/ São, precisam ser feitas de forma conjunta e fortalece a ações em saúde. (A) /As preventivas são mais importantes, porém a atenção básica não tem conseguido cumprir sua meta por problemas financeiros e políticos. (B)/ Promoção em saúde é principal (C).*

Questão 13

13. Você acredita que a Formação pode minimizar a redução de danos dos usuários de crack, álcool e outras drogas?

<p>A. Sim. (4 - 80 %)</p> <p>B. Sim, mas é preciso trabalhar mais nesse sentido para surtir efeitos mais eficientes. (1 - 20 %)</p> <p>Total respostas - 5</p>
<p>Discurso Sujeito Coletivo: <i>Sim, ajuda bastante, e o fato de ter investido no ACS garante a redução de danos. (A)/ Sim, mas é necessário enfatizar e trabalhar mais. Mas houve um despertar desses profissionais de saúde em trabalhar de forma mais frequente com os usuários. (B)</i></p>

Questão 14

<p>14. Em sua opinião, os(as) demais membros da equipe de atenção básica estão preparados(as) para atender às demandas dessa população? Por quê?</p>
<p>A. Sim, mas a atenção básica tem uma demanda muito grande. (1 - 16,67 %)</p> <p>B. Sim, mas falta humanização nesse trabalho dos agentes comunitários de saúde. (1 - 16,67 %)</p> <p>C. Não, falta algumas capacitações aos profissionais. (4 - 66,67 %)</p>
<p>Total respostas - 6</p>
<p>Discurso Sujeito Coletivo: <i>Não, nem todos, apesar de quase todos os profissionais possuírem algum tipo de formação, ainda falta capacitação.(C)</i></p>

Questão 15

<p>15. De que forma você, como profissional, enxerga a Saúde Mental na Atenção Básica?</p>
<p>A. Necessária na Atenção Básica e apesar de tão fundamental tem limitações. (1 - 16,67 %)</p> <p>B. Necessária e imprescindível na Atenção Básica. (3 - 50 %)</p> <p>C. Fundamental, mas precisa de capacitação dos profissionais para ser adequada aos usuários. (1 - 16,67 %)</p> <p>D. Fundamental ser trabalhada de forma mais humanizada pelos profissionais. Essencial na Atenção Básica. (1 - 16,67 %)</p>
<p>Total respostas - 6</p>
<p>Discurso Sujeito Coletivo: <i>Imprescindível e necessária na Atenção básica, pois a necessidade das pessoas terem essa assistência aumentou de forma significativa e é fundamental oferecer assistência em saúde mental. Mas é necessário os profissionais se adequarem para atender essa necessidade com formações atualizadas. É de extrema importância dentro da rede de atenção em saúde, pois a atenção básica é porta de entrada para tudo.(B)</i></p>

Questão 16

<p>16. Na sua opinião qual o papel do CAPs dentro da rede de saúde?</p>
<p>A. Parceiro em todos os aspectos na Atenção Básica. (4 - 57,14 %)</p> <p>B. Orientação e distribuição de medicamentos. (1 - 14,29 %)</p> <p>C. Referência em atendimento apesar das limitações e falta de pessoal. (1 - 14,29 %)</p> <p>D. Porta de entrada de pacientes com necessidades especializadas. Limitação de trabalhar isolado da UBS. (1 - 14,29 %)</p>
<p>Total respostas - 7</p>

Discurso Sujeito Coletivo: *Parceria em matriciamentos, discussão dos casos, encaminhamentos e projetos de acompanhamento. Suporte fundamental e em casos de urgência o CAPS tem total disponibilidade de atendimento. Atenção, apoio para outros serviços relacionados a saúde mental e matriciador de empoderamento de outros órgãos de saúde da atenção básica. Mas existem algumas fragilidades de articulação com a saúde mental que devem ser superadas. Apoio, onde os profissionais especialistas são encontrados para cuidar dos pacientes. Apoio profissional de ponta, assistência e instrução. Capacitação, acompanhamento e fortalecimento das equipes de estratégia em saúde da família e atendimentos específicos em saúde mental e recuperação.*(A)

Questão 17

17. O CAP's passou a ser visto de outra forma pelos profissionais de saúde do seu município? E por você?

- A. Passaram a ver o CAPS de forma positiva. (1 - 16,67 %)
- B. De forma articulada com a Atenção Básica. Parceria fundamental. (1 - 16,67 %)
- C. Capacitação importante para o trabalho voltado a saúde mental. (1 - 16,67 %)
- D. Sim e os profissionais compreenderam a importância de trabalhar a saúde mental na Atenção Básica. (1 - 16,67 %)
- E. Sim, mas é necessário um compromisso de integração entre as UBS e o CAPS. (1 - 16,67 %)
- F. Não pois houve uma renovação do quadro de profissionais da UBS. (1 - 16,67 %)

Total respostas - 6

Discurso Sujeito Coletivo: *O processo de aproximação está aberto, mas é necessário um aperfeiçoamento, uma ligação para ter um atendimento além das coisa pontuais. Então existe o compromisso de integração entre as unidades básicas de saúde e o CAPS. (E)/ Não, pois mudaram os profissionais após a formação. Mas a função do CAPS deve está mais a frente, pois os atendimentos que existem hoje não atendem o modelo proposto para o CAPS que é promoção em saúde. Então é necessária uma aproximação da equipe de profissionais em saúde e não trabalhar de maneira especializada. (F)*

Questão 18

18. Você acha que o CAP's é de conhecimento de toda população do seu município? E dos usuários?

- A. Boa divulgação e os usuários conhecem o CAPS. (2 - 28,57 %)
- B. Sim, os usuários conhecem o CAPS. (1 - 14,29 %)
- C. Não, falta articulação entre as UBS e o CAPS. (1 - 14,29 %)
- D. Não, a população não conhece de forma adequada o CAPS. (2 - 28,57 %)
- E. Conhece o CAPS, mas não entendem as suas reais funções. (1 - 14,29 %)

Total respostas - 7

Discurso Sujeito Coletivo: *O trabalho do CAPS é bem divulgado, geralmente os usuários conhecem. Por ter uma atenção básica em saúde mental há muitos anos no município o CAPS é de conhecimento da população. (A)/*

Não. A população não tem esse conhecimento e existe uma visão errada do que é o CAPS. (D)

Questão 19

19. O que mudou no olhar do profissional (ACS, técnico e gestor) em relação aos usuários de álcool, crack e outras drogas após a Formação.

- A. Não respondeu. (2 - 28,57 %)
- B. Olhar mais humanizado (1 - 14,29 %)
- C. Melhor encaminhamento das demandas dos pacientes. (1 - 14,29 %)
- D. Melhor capacitação e um olhar diferenciado dos profissionais em relação aos usuários. (2 - 28,57 %)
- E. Entendimento por parte dos profissionais que o vício é uma doença. (1 - 14,29 %)

Total respostas - 7

Discurso Sujeito Coletivo: Contribuiu para a habilitação de serviços e pelo conhecimento oferecido aos agentes comunitários de saúde proporcionando a esses profissionais um olhar diferenciado sobre as demandas dos usuários. Os profissionais têm um olhar diferenciado sobre os usuários e compreendem de forma mais adequada todo o contexto da vida desses pacientes.

Questão 20

20. Você observou algum retorno da população envolvida, após a formação?

- A. Sim, houve alguns retornos. (2 - 33,33 %)
- B. Não sabe responder. (3 - 50 %)
- C. Não percebeu/observou o retorno desses pacientes. (1 - 16,67 %)

Total respostas - 6

Discurso do Sujeito Coletivo: Sim, a população retorna em busca de ajuda e os usuários passaram a ter uma frequência maior após a formação.(A)

Questão 21

21. Houve alguma mudança no perfil dos profissionais após a formação?

- A. Sim, houve uma contribuição no perfil dos profissionais. (4 - 80 %)
- B. Não sabe responder. (1 - 20 %)

Total respostas - 5

Discurso Sujeito Coletivo: Sim, o olhar dos profissionais se tornou mais humanizado e compreenderam a realidade dos usuários ajudando no que é possível. Principalmente os ACS que mudaram com a formação. (A)

Questão 22

22. Faça um antes e depois com as mudanças percebidas após a Formação?

- A. Houve uma percepção de apoio entre os profissionais e com isso uma união. (1 - 20%)
- B. Os ACS passaram a ter uma compreensão maior dos problemas relacionados a saúde mental. (1 - 20%)
- C. Superação do medo de lidar com a população de usuários de drogas. (1 -

20%)
D. Não sabe responder. (2 - 40%)

Total respostas - 5

Discurso Sujeito Coletivo: *Os ACS aprenderam que podem contar com o apoio dos outros profissionais de saúde e com isso tomaram ciência de todo auxílio que podem ter em suas funções.(A)/ Sim, os ACS passaram a ter mais atenção em problemas relacionados a saúde mental após a formação.(B)/ Houve a preparação dos profissionais que se sentem seguros em lidar com situações que envolvem usuários de drogas. Perderam o receio de trabalhar com essa população. (C)/ Não sei bem, mas a fala dos profissionais está diferenciada. No mais não acompanhou nenhuma mudança. (D)*

Questão 23

23. Na sua opinião, qual foi o impacto da formação no seu município?

- A. Impacto positivo. (2 - 33,33 %)
- B. Positivo, pois capacitou os profissionais para um atendimento mais humanizado. (2 - 33,33 %)
- C. Não sabe responder. (1 - 16,67 %)
- D. Empoderamento da saúde mental para os profissionais a partir do projeto. Aumento da autoestima. (1 - 16,67 %)

Total respostas - 6

Discurso Sujeito Coletivo: *Foi um impacto de despertar e instrumentalizar esses profissionais para uma condução mais responsável desses atendimentos na atenção à saúde mental. O impacto foi principalmente para os profissionais da ponta da rede que são os técnicos e ACS. (B)/ Positiva, pois os profissionais se sentiram valorizados e estando ou não trabalhando na secretaria vão levar esse conhecimento e abordagem. (D)*

Questão 24

24. Tem algo que não foi mencionado nessa entrevista que você gostaria de comentar?

- A. Demanda muito grande necessitando de suporte. (1 - 12,50 %)
- B. Necessidade da continuidade do projeto Caminhos do Cuidado (1 - 12,50 %).
- C. Não. (4 - 50%)
- D. Envolvimento da gestão nesse tipo de atividade. (1 - 12,50 %)
- E. Foi muito bom aos profissionais que participaram da formação. (1 - 12,50 %)

Total respostas - 8

Discurso Sujeito Coletivo: *Foi precioso para os profissionais da saúde, de maneira geral essas formações ajudam a completar a saúde básica. (E)*

Questão 25

25. Qual o seu feedback da Formação?

A. Um curso que ensina a importância do cuidado aos mais vulneráveis. (1 - 20%)
B. Uma formação importante que deveria ser melhor divulgada e repetida por mais vezes. (2 - 40%)
C. Não sabe responder. (1 - 20%)
D. Não respondeu. (1 - 20%)
Total respostas – 5
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Um curso que trouxe bastante conhecimento aos profissionais principalmente os mais relacionados com a comunidade, porém foi pouco divulgado. Essa formação deveria ser repetida várias vezes. Que deveria ter mais formações como essa para investir nos profissionais de saúde e em promoção de saúde. (B)</i>

b) Questionário Gestores de Unidades

Questão 1

1. Em sua opinião, quais as condições de saúde dos usuários de crack, álcool e outras drogas atualmente?
A. Parceria entre os profissionais da UBS e os profissionais especializados do NASF. (1 - 14,29 %)
B. Ruins/ Falta o autocuidado. (1 - 14,29 %)
C. Precárias e desgastantes (4 - 57,14 %)
D. Não respondeu (1 - 14,29 %)
Total respostas - 7
Discurso Sujeito Coletivo: <i>São muito graves, vivem em condições precárias e desgastantes; é condição bem vulnerável, muitas pessoas em situação de rua e ocupações em condições insalubres onde ocorre o tráfico propiciando o uso de drogas e álcool. Há uma necessidade de identificar esses pacientes que precisam de auxílio e um vínculo mais estreito com as unidades e profissionais de saúde da atenção básica. São precárias, pois o bairro tem um número de dependentes químicos elevado e a situação piora, pois é uma comunidade onde o tráfico está estabelecido com falta de assistência básica de moradia que favorece o uso de drogas. (C)</i>

Questão 2

2. Em sua opinião, quais doenças e/ou agravos mais acometem essa população atualmente? Por quê?
A. Tuberculose, exposição a DST'S e gravidez indesejada e doenças relacionadas a má alimentação. (2 - 28,57 %)
B. DST's em geral e Tuberculose. (2 - 28,57 %)
C. Tuberculose e transtornos mentais. (1 - 14,29 %)
D. DST'S em geral, hepatite e tuberculose. (1 - 14,29 %)
E. Transtornos mentais. (1 - 14,29 %)
Total respostas - 7
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Desnutrição, Tuberculose, DST'S, exposição a gravidez indesejada e falta de alimentação. Sífilis, HIV, violência e transtornos mentais relacionado ao uso das drogas.</i>

Questão 3

3. Quando foi o seu primeiro contato com a Política de Saúde Mental e com a Política Integral de usuários de crack e outras drogas? Você já tinha tido acesso a essas políticas?
A. Capacitação do Ministério da Saúde de 2013. (1 - 14,29 %) B. Na Graduação/Faculdade. (1 - 14,29 %) C. No início da carreira na Secretaria Municipal de Saúde. (3 - 42,86 %) D. Experiência empírica/Trabalhando diretamente com os pacientes. (1 - 14,29 %) E. Não teve contato com as políticas de atenção à saúde mental. (1 - 14,29 %)
Total respostas - 7
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Quando começou a trabalhar na área de saúde; No início do NASF na unidade onde trabalhava; em 2012 quando era enfermeiro de equipe numa unidade de saúde. (C)/ Em 2013 quando fiz um Programa de Capacitação do Ministério da Saúde para pacientes psiquiátricos chamado “De volta para casa” (A).</i>

Questão 4

4. Você mudaria alguma coisa na política, após a vivência da formação?
A. Sim, incluiria um local para encaminhamento desses usuários e acompanhamento da família. (1 - 20%) B. Incluiria assistência humanitária. (1 - 20%) C. Sim, mudaria alguns aspectos. (1 - 20%) D. Não, nada em específico. (1 - 20%) E. Mais divulgação e capacitação dos profissionais. (1 - 20%)
Total respostas - 5
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Mais divulgação para a apropriação dos profissionais de saúde que desconhecem ainda a educação em saúde mental. (E) (demais respostas idênticas ao enunciado em cada letra)</i>

Questão 5

5. Você acredita que essa política atende às demandas da população que faz uso de álcool, craque e outras drogas? Por quê?
A. Orientação. (1 - 16,67 %) B. Não, é preciso melhorar muitos aspectos. (3 - 50%) C. Não, pois a demanda é enorme. (2 - 33,33 %)
Total respostas - 6
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Não. É preciso mudar muitas coisas. Falta o acesso sendo necessário o aumento da oferta. Não contempla de forma integral. (B)/ A demanda é muito grande. A demanda de pacientes com desestrutura familiar e financeira e os casos de violência são muito grandes na região. (C)</i>

Questão 6

6. Como foi realizada a estrutura, divulgação e processo para a realização da

Formação no seu município?
A. Capacitação dos profissionais e divulgação pelo NASF. (1 -16,67 %)
B. Convocação dos profissionais. (1 -16,67 %)
C. Foi divulgado e os profissionais participaram. (1 -16,67 %)
D. Educação permanente em saúde. (1 -16,67 %)
E. Grupo de trabalho de educação em saúde. (1 -16,67 %)
F. Não sabe responder. (1 -16,67 %)
Total respostas - 6
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Idem ao enunciado nas letras.</i>

Questão 7

7. Em sua opinião, quais contribuições a Formação deixou no setor Sanitário e Psiquiátrico da sua região?
A. Que os usuários de crack, álcool e outras drogas tem direito a tratamento. (1 - 16,67 %)
B. Suporte, conhecimento e treinamento. (2 - 33,33 %)
C. Humanização dos profissionais. (2 - 33,33 %)
D. Nenhuma. (1 - 16,67 %)
Total respostas - 6
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Suporte, conhecimento e treinamento; Autocuidado, um conhecimento aprofundado, e trouxe união aos profissionais. (B)/ Um olhar diferenciado para a situação dos usuários. Uma sensibilidade maior dos ACS e uma gestão mais participativa da UBS. (C)</i>

Questão 8

8. Em sua opinião quais contribuições a Formação deixou na sua USF (Unidade de Saúde da Família)?
A. Humanização dos profissionais. (3 - 60%)
B. Conhecimento aos profissionais repassam essas informações as comunidades atendidas. (1 - 20%)
C. Envolvimento e comprometimento dos profissionais. (1 - 20%)
Total respostas - 5
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Olhar humanizado dos profissionais de saúde em relação aos usuários; passaram a ser mais delicados e sensíveis em relação aos usuários e pacientes; Um olhar diferenciado, sabem identificar os pacientes em situação de vulnerabilidade. (A)</i>

Questão 9

9. Quais demandas sociais e contexto político tornam possível e necessário a existência da Saúde Mental na Atenção Básica?
A. Necessidade de mais unidades do NASF. (2 – 40%)
B. Atenção básica está associada a saúde da população. (3 – 60%)
Total respostas - 5
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Não tem como desassociar saúde mental da saúde física e a atenção básica é a porta de entrada dos pacientes no sistema de saúde pública; Por ser fundamental a saúde mental deve ser matriciada na atenção básica. Existe muita vulnerabilidade nesse aspecto. (B)</i>

Questão 10

10. Você acredita que essa formação pode ser a base para uma futura política pública ou estratégia política educativa na rede escolar, instituições de ensino e pesquisa, e gestores
A. Sim. (6 – 100%)
Total respostas - 6
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Sim, esse é o caminho e se ocorresse em todos os setores mudaria a realidade.</i>

Questão 11

11. No seu ponto de vista, o foco dos profissionais da rede de atenção a saúde sobre saúde mental é na doença ou na ação integral? Qual a mais resolutive? Por quê?
A. Na doença, pois falta recursos e pessoal. (3 - 33,33 %)
B. Sim. (1 - 11,11 %)
C. Na ação integral e a resolutividade está no tratamento da doença. (1 - 11,11 %)
D. Prevenção e promoção da saúde. (2 - 22,22 %)
E. Na ação integral. (1 - 11,11 %)
F. Depende do profissional e sua formação. (1 - 11,11 %)
Total respostas - 9
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Na doença, por falta de recursos e profissionais e deveria ser na prevenção. (A)</i>

Questão 12

12. As atividades de promoção da saúde são tão importantes quantos as práticas preventivas e curativas?
A. Sim, prevenção bem feita evita várias doenças. (6 -100%)
Total respostas - 6
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Sim, e se a prevenção bem feita diminui o número de pacientes. É com o trabalho sendo desenvolvido em grupos, existe um número maior de pessoas.</i>

Questão 13

13. Você acha que a Formação pode minimizar a redução de danos dos usuários de crack, álcool e outras drogas?
A. O número de fumantes diminuiu com as campanhas. (1 - 16,67 %)
B. Sim (5 - 83,33 %)
Total respostas – 6
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Sim, a redução de danos previne outros agravos. A transformação profissional foi o principal nesse processo. (A)</i>

Questão 14

14. Em sua opinião, os(as) demais membros da equipe de Atenção Básica estão preparados(as) para atender às demandas dessa população? Por quê?

A. Sim, principalmente os especializados. (4 - 57,14 %)
B. Não, faltam informações. (3 - 42,86 %)
Total respostas - 7
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Sim, em especial os profissionais do NASF, na unidade os profissionais estão preparados. E com a presença do NASF na Unidade há uma facilidade de acesso, esses profissionais buscam auxiliar as famílias dos usuários. (A)/ Não, falta algumas formações, precisa de um aprofundamento, com mais capacitações e mais envolvimento para desenvolver a sensibilidade das pessoas envolvidas nesse processo.(B)</i>

Questão 15

15. E na sua Unidade de Saúde, os profissionais estão preparados?
A. Não por completo, precisam de capacitação e humanização em alguns aspectos. (3 - 50%)
B. Estão sensibilizados. (1 - 16,67 %)
C. Tem vivência, mas falta capacitação. (1 - 16,67 %)
D. Não sabe responder. (1 - 16,67 %)
Total respostas - 6
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Não completamente, existem muitas dificuldades relatadas por esses profissionais. Falta muita capacitação (A)</i>

Questão 16

16. De que forma você, como profissional, passou a enxergar a Saúde Mental na Atenção Básica?
A. Doença que precisa de ser tratada. (1 - 16,67 %)
B. Complemento na Atenção Básica. (1 - 16,67 %)
C. Sensibilidade/Humanização.(2 – 33,33%)
D. Com orientação aos profissionais e tratamento aos pacientes. (1 - 16,67 %)
E. Trabalho de forma conjunta entre os representantes da Atenção Básica. (1 - 16,67 %)
Total respostas - 6
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Com sensibilidade e demonstrando na gestão a importância do cuidado em saúde mental. O que tem de melhor é a equipe do NASF na Unidade de Saúde, pois houve uma sensibilização entre os profissionais, os pensamentos e visão dos profissionais em relação aos pacientes e usuários mudou.(C)</i>

Questão 17

17. Na sua opinião qual o papel do CAPs dentro da Rede de Saúde?
A. Papel de estrutura na Atenção Básica. (3 - 42,86 %)
B. Atendimento de casos graves. (2 - 28,57 %)
C. Não respondeu. (1 - 14,29 %)
D. De ajuda indireta. (1 - 14,29 %)
Total respostas – 7
Discurso Sujeito Coletivo: <i>É a base de tudo, fundamental e essencial, pois a equipe multidisciplinar ajuda muito os usuários. (A)</i>

Questão 18

18. O CAP's passou a ser visto de outra forma pelos profissionais de saúde do seu município? E por você?
A. Muito bem visto pelos profissionais de saúde. (1 - 20%) B. Sim. (3 - 60%) C. Não. (1 - 20%)
Total respostas - 5
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Sim, os profissionais passaram a conhecer e a ver o CAPS como algo importante, sendo considerado referência. (B)</i>

Questão 19

19. Você acha que o CAP's é de conhecimento de toda população do seu município? E dos usuários?
A. Sim, grande maioria da população e dos usuários conhecem o CAPS. (1 - 14,29 %) B. Sim, mas as informações são conflituosas. (1 - 14,29 %) C. Sim, mas existem usuários que não conhecem. (2 - 28,57 %) D. Não, a maioria da população e dos usuários não conhecem o CAPS. (3 - 42,86 %)
Total respostas - 7
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Não. A grande maioria da população e dos usuários não conhecem o CAPS. Normalmente os usuários procuram a rede de saúde quando estão em crise, e nesse atendimento eles não informam da existência do CAPS. A divulgação é pouca. (D)</i>

Questão 20

20. Em sua opinião, os(as) demais membros da equipe de Atenção Básica estão preparados(as) para atender às demandas dessa população? Por quê?
A. Sim, com o matriciamento e apoio do CAPS os profissionais estão atuando de forma positiva na saúde mental. (1 - 33,33 %) B. Sim, sabem reconhecer e abordar os usuários. (1 - 33,33 %) C. Não. (1 - 33,33 %)
Total respostas - 3
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Com o matriciamento, os profissionais estão gostando de atuar na saúde mental pois contam com o apoio do CAPS. (A)/ Os demais estão como o enunciado nas letras.</i>

Questão 21

21. O que mudou no olhar do profissional (ACS, técnico e gestor) em relação aos usuários de álcool, crack e outras drogas após a Formação.
A. Não mudou quase nada, os pacientes são iguais em suas necessidades. (1 - 20%) B. Sim, existe mais sensibilidade e humanização. (3 - 60%) C. Estão mais seguros em trabalhar com esses pacientes. (1 - 20%)
Total respostas - 5
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Sim, os profissionais estão mais sensíveis, existe</i>

uma afinidade maior entre as partes envolvidas, e são mais delicados no manejo desses pacientes. (B)

Questão 22

22. Você observou algum retorno da população envolvida, após a formação?

A. Sim, algumas mães de pacientes/pacientes retornam. (2 - 50%)

B. Não percebeu/observou retorno de pacientes/usuários. (2 - 50%)

Total respostas - 4

Discurso sujeito coletivo: *Sim, algumas mães e usuários retornam a UBS, existe a cumplicidade que encorajam as jovens principalmente a retornar e buscar auxílio. (A)/ Item B idem ao enunciado.*

Questão 23

23. Houve alguma mudança no perfil dos profissionais após a formação?

A. Sim, são profissionais mais humanizados. (1 - 33,33 %)

B. Sim. (1 - 33,33 %)

C. Não percebeu nenhuma mudança. (1 - 33,33 %)

Total respostas - 3

Discurso Sujeito Coletivo: Idem ao enunciado nos itens.

Questão 24

24. Na sua opinião, qual foi o impacto da formação na sua região?

A. Positivo. (5 - 100%)

Total respostas - 5

Discurso Sujeito Coletivo: *Foi positivo, mas é um trabalho de formiguinha. Apesar da dinâmica e a metodologia do curso serem alvo de críticas. No mais os profissionais gostaram muito. Aos profissionais o curso foi positivo, mas a população não foi beneficiada ainda. Em relação aos usuários, existe um vínculo bacana com o CAPS AD. A didática utilizada e muito elogiada pelos profissionais que participaram do curso.*

Questão 25

25. Faça um antes e depois com as mudanças percebidas após a Formação?

A. O CAPS fez muita diferença aos profissionais e usuários já que agora tem um local de referência para acolhimento, encaminhamento e tratamento do vício. (1 - 25%)

B. Sentimento de segurança dos profissionais em lidar com os usuários. (2 - 50%)

C. Humanização dos profissionais. (1 - 25%)

Total respostas - 4

Discurso Sujeito Coletivo: Conforme enunciado nos itens A, B e C.

Questão 26

26. Tem algo que não foi mencionado nessa entrevista que você gostaria de comentar?

A. Não. (5 - 71,43 %)
B. Sim, necessidade de continuidade do curso para capacitação de novos profissionais. (1 - 14,29 %)
C. Mais acolhimento e oportunidades de tratamento aos usuários. (1 - 14,29 %)
Total respostas - 7
Discurso Sujeito Coletivo: Conforme enunciado nas opções de resposta.

Questão 27

27. Qual o seu feedback do Formação?
A. Positivo, muito bem aceito pelos ACS. (3 - 60%)
B. Expansão do curso aos demais profissionais. (2 - 40%)
Total respostas - 5
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Que deveria ser expandido aos demais profissionais e investir em capacitações e aumentar os cursos e que possam acontecer com mais frequência. (B)/</i> Item A conforme enunciado.

c) Questionário Profissionais de Saúde

Questão 1

1. Em sua opinião, quais as condições de saúde dos usuários de crack, álcool e outras drogas atualmente?
A. Falta de apoio e aceitação do vício. (9 - 9,89 %)
B. Precárias/Vulneráveis e Críticas. (63 - 69,23 %)
C. Situação momentânea. (2 - 2,20 %)
D. Não tem pacientes usuários. (1 - 1,10 %)
E. Tranquilas. (5 - 5,49 %)
F. Número crescente de usuários. (3 - 3,30 %)
G. Existe tratamento com fácil acesso. (4 - 4,40 %)
H. Depende do serviço público e necessita buscar atendimento em lugares especializados. (4 - 4,40 %)
Total de respostas - 91
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Condições precárias e críticas. Tentamos ajudar e não conseguimos; Problemas em aceitar o tratamento; poucos lugares de atendimento, falta de assistência e pela falta de apoio; Vulnerabilidade; aumento do número de usuários; abandono pela sociedade, pela família e pelo governo; condições desumanas; altos índices de violência; Propensão a outras doenças; Limitação de visitar a unidade, acesso dificultado. (B)</i>

Questão 2

2. Em sua opinião, quais doenças e/ou agravos mais acometem essa população atualmente? Por quê?

A. Tuberculose, Agressividade e transtornos mentais diversos. (2 - 2,17 %)
B. Overdose. (1 - 1,09 %)
C. DST's, desidratação, desnutrição e transtornos mentais diversos. (11 - 11,96 %)
D. Não sabe responder. (1 - 1,09 %)
E. Tuberculose. (9 - 9,78 %)
F. AIDS, Tuberculose e desnutrição. (7 - 7,61 %)
G. Tuberculose, Pneumonia, Dermatites e Desidratação recorrente. (10 - 10,87 %)
H. Depressão. (8 - 8,70 %)
I. Problemas respiratórios e Psicológicos. (4 - 4,35 %)
J. Hipertensão, Diabetes e Câncer. Falta de cuidados básicos e alimentação. (2 - 2,17 %)
K. DST's, AIDS, Tuberculose. (19 - 20,65 %)
L. Hipertensão, Problema vascular, tuberculose e o próprio alcoolismo. (7 - 7,61 %)
M. AVC, Problemas cardiovasculares, Tuberculose, Hanseníase. (5 - 5,43 %)
N. Obesidade, Hipertensão e Diabetes. (6 - 6,52 %)
Total respostas - 92
Discurso Sujeito Coletivo – Conforme enunciado nos itens

Questão 3

3. Já havia tido contato com o tema Saúde Mental antes da Formação?
A. Sim, conhecia as políticas. (50 - 54,35 %)
B. Não conhecia as políticas. (33 - 35,87 %)
C. Não tinha contato com as políticas de atenção a saúde mental. (7 - 7,61 %)
D. Sim, já conhecia as políticas antes da formação. (2 - 2,17 %)
Total respostas - 92
Discurso Sujeito Coletivo: Conforme enunciado nos itens

Questão 4

4. Quando foi o seu primeiro contato com a Política de Saúde Mental e com a Política Integral de usuários de crack e outras drogas?
A. Na UBS. (15 - 16,30 %)
B. Em instituição de natureza religiosa. (2 - 2,17 %)
C. No Projeto "Caminhos do Cuidado". (44 - 47,82 %)
D. Em palestras. (7 - 7,61 %)
E. De forma empírica. (6 - 6,52 %)
F. Curso de técnico em enfermagem/ Graduação em enfermagem, medicina ou odontologia. (6 - 6,52 %)
G. No início da carreira profissional na área de saúde. (8 - 8,70 %)
H. Não se lembra. (1 - 1,09 %)
I. Em estágios/ Trabalho voluntário. (2 - 2,17 %)
J. Ex usuário de droga. (1 - 1,09 %)
Total respostas - 92
Discurso sujeito coletivo: Conforme enunciado nos itens

Questão 5

5. Você mudaria alguma coisa nas políticas, após a vivência da formação?
A. Não respondeu. (1 - 1,19 %)
B. Não mudaria nada após a vivência da formação. (23 - 27,38 %)
C. Sim, mudaria alguns pontos. (15 - 17,86 %)
D. o. (22 - 26,19 %)
E. Faria uma política mais assistencial. (4 - 4,76 %)
F. Faria uma política de maior fiscalização e capacitação profissional. (4 - 4,76 %)
G. Colocar em prática as propostas da política. (5 - 5,95 %)
H. Melhoraria a questão do acolhimento e abordagem. (7 - 8,33 %)
I. Tornava o tratamento público e gratuito. (1 - 1,19 %)
J. Sensibilização e Humanização dos profissionais. (1 - 1,19 %)
K. Continuação do tratamento em clínicas de internação. (1 - 1,19 %)
Total respostas - 84
Discurso Sujeito Coletivo: Conforme enunciado nos itens

Questão 6

6. Você acredita que essas políticas atendem em totalidade às demandas da população que faz uso de álcool, craque e outras drogas? Por quê?
A. Não atendem a demanda. (60 - 65,93 %)
B. Não acompanha os pacientes em seu tratamento. (1 - 1,10 %)
C. Atendem a demanda de forma limitada. (14 - 15,38 %)
D. Deixam muito a desejar, poderia atender melhor. (2 - 2,20 %)
E. Atendem as demandas. (8 - 8,79 %)
F. Depende dos envolvidos na abordagem. (2 - 2,20 %)
G. Demanda muito alta, não suprem a necessidade, mas auxilia (2 - 2,20 %)
H. Não conhece a política. (1 - 1,10 %)
I. Não existe nenhum programa na UBS por isso não atendem. (1 - 1,10 %)
Total respostas - 91
Discurso Sujeito Coletivo: Conforme enunciado nos itens

Questão 7

7. Em sua opinião, quais contribuições a Formação deixou no setor Sanitário e Psiquiátrico da sua região?
A. Contribuiu para a observação, abordagem, acolhimento e acompanhamento dos usuários pelos profissionais de saúde. (14 - 15,38 %)
B. Não sabe/ percebeu se houve alguma contribuição. (11 - 12,09 %)
C. Foi um bom curso. (2 - 2,20 %)
D. Os profissionais conheceram as funções do CAPS através do curso. (3 - 3,30 %)
E. Contribuiu com conhecimento para os profissionais de saúde. (25 - 27,47 %)
F. Contribuiu com o aumento de profissionais de saúde para a região. (2 - 2,20 %)
G. Contribuiu com muita teoria/informação mas pouca prática. (11 - 12,09 %)
H. Contribuições positivas. (2 - 2,20 %)
I. Não sabe responder. (5 - 5,49 %)

J. Sensibilização e humanização dos profissionais de saúde. (16 - 17,58 %)

Total respostas - 91

Discurso Sujeito Coletivo: Conforme enunciado nos itens

Questão 8

8. Quais demandas sociais justificam a necessidade da existência da Saúde Mental na Atenção Básica?

A. Número alto de pacientes e usuários. (45 - 48,39 %)

B. Os jovens e adolescentes da comunidade. (1 - 1,08 %)

C. Problemas e distúrbios psicológicos e psiquiátricos. (7 - 7,53 %)

D. A atenção básica é o primeiro contato com a rede de saúde para os pacientes/usuários e dependentes. (15 - 16,13 %)

E. Acolhimento, atendimento e tratamento do paciente/usuário/dependente e de seu núcleo familiar. (8 - 8,60 %)

F. Para informar, orientar e acolher os pacientes para tratamento. (8 - 8,60 %)

G. Para resolver questões referentes a capacitação profissional. (5 - 5,38 %)

H. Não considera que existe demandas que justifiquem a atenção básica atender pacientes com transtornos mentais. (1 - 1,08 %)

I. Aumento da população de pacientes/usuários. (1 - 1,08 %)

J. Não sabe responder. (2 - 2,15 %)

Total respostas - 93

Discurso Sujeito Coletivo: *Muitos pacientes de saúde mental e usuários de drogas e os atendimentos do CAPS não suprem a necessidade. (A)*

Questão 9

9. No seu ponto de vista, o foco dos profissionais da rede sobre saúde mental é na doença ou na ação integral? Qual a mais resolutiva? Por quê?

A. Na ação integral. A mais resolutiva e a prevenção. (8 - 8,70 %)

B. Foco na doença. A mais resolutiva e a ação integral. (33 - 35,87 %)

C. Ação preventiva. A mais resolutiva e a ação integral. (2 - 2,17 %)

D. As duas, prevenção e promoção faz parte da ação integral. (8 - 8,70 %)

E. Na ação integral que é a mais resolutiva. (30 - 32,61 %)

F. Nenhuma das duas são resolutivas. (2 - 2,17 %)

G. Foco na doença. (5 - 5,43 %)

H. Não respondeu. (1 - 1,09 %)

I. Foco na ação integral, mas a mais resolutiva é o foco na doença e

distribuição de medicamentos. (3 - 3,26 %)

Total respostas - 92

Discurso Sujeito Coletivo: Conforme enunciado nos itens

Questão 10

As atividades de promoção da saúde são tão importantes quantos as práticas preventivas e curativas? Por quê?

A. Sim. Ações preventivas e curativas associadas, para informar, orientar, acolher, aconselhar e promover o tratamento aos usuários/pacientes. (62 - 68,89 %)

B. Sim, mas existem problemas estruturais que são barreiras para essa prática. (1 - 1,11 %)

C. A prevenção que impede problemas maiores. (1 - 1,11 %)

D. Não muda/ melhora nada. (1 - 1,11 %)

E. Campanhas de orientação, prevenção e informação aos pacientes/ usuários. (22 - 24,44 %)

F. Não sabe responder/Não respondeu. (1 - 1,11 %)

G. A promoção é a mais importante das atividades. (2 - 2,22 %)

Total respostas - 90

Discurso Sujeito Coletivo: *Sim, tem as campanhas como exemplo e a promoção ajuda por ser uma informação que chega às pessoas de maneira mais acessível. E são importantes tanto na prevenção quanto para o tratamento dos usuários. (A)*

Questão 11

11. Você acha que a formação pode minimizar a redução de danos dos usuários de crack, álcool e outras drogas?

A. Sim, pode minimizar o problema. O curso humanizou os profissionais. (32 - 34,78 %)

B. Não, o contrário tem ocorrido e o número de pacientes/usuários aumentou consideravelmente. (2 - 2,17 %)

C. Não, pois houve uma falha na divulgação e conteúdos contemplados no curso "Caminhos do Cuidado". E não houve continuidade da formação. (4 - 4,35 %)

D. Não/ Não percebeu nenhuma mudança significativa. (15 - 16,30 %)

E. O curso iniciou o processo e serviu como orientador na identificação dos usuários/pacientes. (8 - 8,70 %)

F. Sim, houve uma redução no número de usuários após a formação. (16 - 17,39 %)

G. Se for colocada em prática pode sim alcançar os objetivos. Poderia

- também ampliar o curso para toda a comunidade. (13 - 14,13 %)
- H. Não pois aumentaram as gangues do tráfico e a violência na região. (1 - 1,09 %)
- I. Não soube responder. (1 - 1,09 %)

Total respostas - 92

Discurso Sujeito Coletivo: *Sim. Pois não é um problema somente de saúde pública, tem toda uma falta de estrutura envolvida. Quanto mais conhecimento que os profissionais possuem, mais esclarecidos são os pacientes. A formação auxiliou na prevenção, pois os profissionais tiveram outra percepção da área e diminuindo o preconceito. (A)*

Questão 12

12. Em sua opinião, os(as) demais membros da equipe de atenção básica estão preparados(as) para atender às demandas dessa população? Por quê?

- A. Não, falta critérios básicos de humanização e profissionalismo dos ACS que não sabem lidar com esses pacientes. Necessita de mais capacitações. (22 - 23,66 %)
- B. Sim, os profissionais tem um amplo conhecimento das famílias e dos usuários/pacientes atendidos. (14 - 15,05 %)
- C. Existe a preparação dos profissionais, porém a equipe é reduzida/incompleta que dificulta o bom atendimento dos pacientes/usuários. (10 - 10,75 %)
- D. Sim, já faz parte das formações desses profissionais a assistência a saúde mental. (27 - 29,03 %)
- E. Sim, mas a demanda é grande então há esse impedimento de trabalhar de forma adequada. (5 - 5,38 %)
- F. Depende da disponibilidade/vontade e capacitação dos profissionais. (6 - 6,45 %)
- G. Não, apesar de ser profissionais bem formados, faltam estrutura e suporte para esses atendimentos. (9 - 9,68 %)

Total respostas - 93

Discurso Sujeito Coletivo: *Sim, pois já fazem parte da formação dos profissionais, mas é necessário sempre estar se reciclando acerca desse tema e o maior desafio é colocar em prática o que foi aprendido na teoria. Portanto, o curso "Caminhos do Cuidado" deveria ser ampliado e ter novamente. (D)/ Não, pois o acompanhamento ainda não é o mais adequado e falta diálogo entre os pacientes e profissionais. A equipe não está totalmente adequada e preparada para as necessidades dos usuários. Falta mais capacitação e estrutura da equipe. (A)*

Questão 13

13. De que forma você, como profissional, passou a enxergar a Saúde Mental na Atenção Básica?

- A. Como problema de saúde pública, independente de condições financeiras, econômicas ou sociais. (8 - 8,99 %)
- B. Conhecimento é fundamental para auxiliar o paciente/usuário. (12 - 13,48 %)
- C. Medicamentos são fundamentais para o bom andamento do tratamento/recuperação desses pacientes. (1 - 1,12 %)
- D. Que a saúde mental é suporte fundamental e necessária na atenção básica. (24 - 26,97 %)
- E. Que a humanização é essencial aos profissionais que buscam auxiliar os pacientes/usuários. (36 - 40,45 %)
- F. O curso não serviu para nada, não colocaram em prática os conteúdos que discutiram na teoria. (1 - 1,12 %)
- G. Que o assunto deve ser mais explorado e discutido entre os profissionais e a comunidade. (3 - 3,37 %)
- H. Que o assunto saúde mental é de fundamental importância para discussão em família e na Atenção Básica. (2 - 2,25 %)
- I. De forma precária. (1 - 1,12 %)
- J. Não percebeu nenhuma diferenciação relevante. (1 - 1,12 %)

Total respostas – 89

Discurso Sujeito Coletivo: *Olhar mais apurado em ajudar mais, a enxergar o paciente de verdade, com menos medo e cuidado ampliado. Aprimorou o atendimento e acolhimento. O curso de terapia comunitária abriu a cabeça, sempre deve olhar com carinho, sem medo e menos preconceito. Atenção básica tem outro olhar, acolhe melhor, contribuiu para assistir as necessidades dos pacientes. É preciso abrir as portas para eles. Temos outra visão, quando o profissional de saúde explica o porquê de um desvio, dá orientações, melhora o entendimento e facilita o atendimento. A droga é a doença do século. Mudou a forma de atuar, de encaminhar para a unidade básica. orientação e conversa, busca outros caminhos para o usuário. Acolhimento. Assiste o paciente de maneira menos invasiva e de forma mais humanizada. (E)*

Questão 15

15. O CAP's passou a ser visto de outra forma pelos profissionais de saúde do seu município após a Formação? E por você?

<p>A. Que os pacientes poderiam ser melhor assistidos em suas necessidades. Sendo assim o CAPS não funciona como deveria. (8 - 8,89 %)</p> <p>B. Sim, o CAPS tem a admiração dos profissionais da Atenção Básica por ter uma estrutura mais adequada e pela formação de seus profissionais. Sendo referência em atendimento e terapia. (37 - 41,11 %)</p> <p>C. Não sabe dizer/não conhece o CAPS. (8 - 8,89 %)</p> <p>D. Sim, pois os pacientes são assistidos de forma adequada em suas necessidades. Mas falta suporte e acesso dificultado aos profissionais da Atenção Básica. (9 - 10%)</p> <p>E. Não, pois sempre conheceu as funções do CAPS. (8 - 8,89 %)</p> <p>F. Passou a entender como funciona o CAPS de forma mais clara. (9 - 10%)</p> <p>G. Sim, contribuiu com o conhecimento de abordagem, orientação e acolhimento dos profissionais. (5 - 5,56 %)</p> <p>H. O CAPS é essencial e com o seu fechamento a rede de atenção básica do município ficou incompleta. (2 - 2,22 %)</p> <p>I. Há diversas opiniões entre os profissionais sobre as funções do CAPS no município. (1 - 1,11 %)</p> <p>J. Deveria ter mais divulgação das funções do CAPS para o conhecimento de toda a população. (2 - 2,22 %)</p> <p>K. Não respondeu. (1 - 1,11 %)</p>
Total respostas - 90
<p>Discurso Sujeito Coletivo: <i>Sim, pela estrutura e pelos profissionais. o CAPS realmente funciona, é uma referência e importante. Os profissionais passaram a ter uma visão positiva do trabalho desenvolvido pelo CAPS. O CAPS auxilia muito a saúde básica. Um cuidado e informações compartilhadas para uma melhora no atendimento. E faz parte da rede de atendimento e promove redução de danos e busca ativa sendo essencial à atenção básica. (B)</i></p>

Questão 16

<p>16. Você acha que o CAP's é de conhecimento de toda população do seu município? E dos usuários?</p>
<p>A. Não, a população e os usuários só acessam o CAPS para tratamento ficando a prevenção deficiente. Mas nem todos os pacientes tem acesso o CAPS. (11 - 11,70 %)</p> <p>B. Sim, tanto a população quanto os usuários tem as informações referente ao atendimento e funções do CAPS. (21 - 22,34 %)</p> <p>C. Não, nem a população nem os usuários não tem essas informações. (39 - 41,49 %)</p> <p>D. Os profissionais tem o conhecimento do CAPS mas os usuários ainda não. (2 - 2,13 %)</p> <p>E. Nem todos os pacientes conhecem o CAPS. (10 - 10,64 %)</p> <p>F. Nem todos, mas boa parte da população e dos usuários conhecem o CAPS. (7 - 7,45 %)</p> <p>G. Nem todos os profissionais e usuários conhecem o CAPS. (4 - 4,26 %)</p>
Total respostas - 94
<p>Discurso Sujeito Coletivo: <i>Não, nem a população muito menos os usuários, falta esclarecimento sobre o funcionamento e as funções do CAPS. Precisa de mais divulgação.(C)</i></p>

Questão 17

17. Você tinha medo ou algum receio de lidar com essa população antes da Formação?

A. Sim. Tinha medo e/ou receio de lidar com os usuários, pois considerava a abordagem muito complicada. Mas a formação mudou esse aspecto com o objetivo de humanizar os profissionais. (38 - 41,30 %)

B. Não, já lidava com os usuários com uma certa tranquilidade pois tinha experiência e trabalhar de forma humanizada. (34 - 36,96 %)

C. Não respondeu. (1 - 1,09 %)

D. Sim, um pouco de receio por não ter apoio nem experiência. Antes da formação. Ainda tem medo de alguns pacientes. (18 - 19,57 %)

E. Tem medo dos usuários e total desinteresse em trabalhar com saúde mental. (1 - 1,09 %)

Total respostas - 92

Discurso Sujeito Coletivo: *Sim, um certo receio e um pouco de medo, principalmente quando estão sobre influência das drogas, pelo índice de criminalidade e difícil abordagem e tinha uma barreira que foi quebrada com a formação "Caminhos do Cuidado", passamos a ter um olhar mais humanizado sobre esses pacientes. Pela falta de experiência, por preconceito e por falta de contato. que foi superado com a formação "Caminhos do Cuidado". (A)/ Não, pois já tinha experiência através da igreja e com Hospital Psiquiátrico, e são pacientes que os profissionais já conhecem. Já tive experiência com dependentes químicos na família. Por ter experiência com a comunidade onde está inserida temos um olhar mais humanizado acerca desses usuários. (B)*

Questão 18

O que mudou no SEU olhar como profissional em relação aos usuários de álcool, crack e outras drogas após a Formação. Relate um antes e depois.

A. Antes achava que era fraqueza de caráter dos usuários e agora compreende que é um vício que precisa de tratamento e orientação. E pode acontecer com qualquer pessoa independente de condição social. (18 - 20,22 %)

B. Sempre viu como um problema de saúde pública e que precisa ser acompanhado pelos profissionais então sempre ajudou os usuários. (3 - 3,37 %)

C. Não sabe dizer/não tem experiência nem vivência com esses pacientes. (6 - 6,74 %)

D. Que o profissional de saúde tem papel importante no tratamento/recuperação desse usuário sendo considerado apoio para a família desse paciente. (6 - 6,74 %)

E. Conhecimento sobre abordagem, orientação, acolhimento e encaminhamento desses usuários. (20 - 22,47 %)

F. Humanização dos profissionais de saúde em relação a atenção em saúde mental. (31 - 34,83 %)

G. Percebeu a necessidade da aplicação da redução de danos. (3 - 3,37 %)

H. Percebeu que o uso de drogas aumentou consideravelmente na comunidade assistida e que as experiências e trocas de informações são

fundamentais para o profissional atender melhor os usuários. (2 - 2,25 %)

Total respostas – 89

Discurso Sujeito Coletivo: *Um olhar mais compreensivo em relação as necessidades desses pacientes; Não disponibilizava a atenção necessária ao paciente, agora sabe como trabalhar com os usuários; Após a formação os profissionais tem uma atenção diferenciada para esses pacientes; Antes achava que era desnecessário e difícil o diálogo, porém com a formação mudou a forma de pensar e passei a ter um olhar mais carinhoso e de preocupação com os usuários; Antes esses pacientes não faziam parte da preocupação dos pacientes, após a formação desenvolvi um olhar mais humanizado e o curso ensinou a não discriminar esses pacientes; Antes não sabia lidar e tratava os pacientes com desrespeito. Agora compreendo que o agente comunitário tem o papel social de auxiliar esses pacientes; A formação fortaleceu meu sentimento em ajudar os usuários e pacientes; Antes da formação tinha medo e após a formação estabeleci vínculos de amizade com esses pacientes; Mudei o olhar em relação aos pacientes. Mas nutro um sentimento de desânimo e tristeza em relação a número de jovens que estão viciados; Apesar de não ter nenhum caso aparente, aprendi com a formação a lidar com os pacientes e tratar de forma natural; Antes da formação tinha a visão que esses pacientes eram pessoas perigosas e após o curso percebi que são pacientes que merecem respeito e cuidados; Antes da formação tinha um certo preconceito com esses pacientes e após a formação fiz uma reflexão e passei a trabalhar de forma mais relacionada com os pacientes.(F)*

Questão 19

Na sua opinião, qual foi o impacto da formação no seu município?

A. A formação teve um impacto de humanização e entendimento por parte dos profissionais que devem atender esses pacientes. (29 - 31,87 %)
B. Muita troca de conhecimento e experiências. Impacto positivo. (5 - 5,49 %)
C. Muito conhecimento e todos os conteúdos abordados são fundamentais aos profissionais de saúde para abordar, acolher, orientar, encaminhar e acompanhar esses usuários de maneira correta. (26 - 28,57 %)
D. Positivo mas é necessário a continuidade da formação. (3 - 3,30 %)
E. Impacto positivo, porém deve colocar em prática tudo que foi debatido na teoria. (6 - 6,59 %)
F. Não percebeu nenhuma mudança. (11 - 12,09 %)
G. Não sabe responder. (9 - 9,89 %)
H. Muitos conflitos nessa formação. Vários pontos de vista sem um entendimento do que seria melhor para os participantes. (2 - 2,20 %)
Total respostas - 91
Discurso Sujeito Coletivo: <i>Após a formação passei a observar mais, compreender a situação dos pacientes e acolher da melhor forma possível; Não mudou muita coisa devido a violência da comunidade. Em relação a troca de informações e conhecimento o curso foi positivo; Foi positivo apesar dos imprevistos, mas a assistência deve ser melhorada; O Impacto foi positivo no município, ajudando os profissionais e os usuários; Muitos pacientes aderiram ao tratamento; Foi positivo para os profissionais de saúde que aceitaram bem a nova demanda de trabalho estabelecendo um olhar mais humanizado; Impacto muito positivo aos profissionais de saúde, com oficinas que simulavam a vida real desenvolveu o sentimento de empatia.(A)</i>

Questão 20

20. Tem algo que não foi mencionado nessa entrevista que você gostaria de comentar?
A. Não. (61 - 67,03 %)
B. Sim, ampliação do CAPS com abertura de novas unidades e profissionais. E apoio aos profissionais para abordar os moradores de rua usuários. (9 - 9,89 %)
C. Houve um conhecimento inicial mas é necessário uma atenção especial para a depressão. (2 - 2,20 %)
D. Distribuição adequada de medicamentos no CAPS. (1 - 1,10 %)
E. Formação continuada. (9 - 9,89 %)
F. A metodologia do curso não foi adequada. (2 - 2,20 %)
G. Que falta humanização na UBS aos profissionais ACS e aos moradores de rua. (3 - 3,30 %)
H. Que os profissionais estão desenvolvendo depressão e não são apoiados pelas UBS. (1 - 1,10 %)
I Uma capacitação boa. (3 - 3,30 %)
Total respostas - 91
Discurso Sujeito Coletivo: Conforme enunciado nos itens

Questão 21

21. Qual o seu feedback da formação?

- A. Excelente capacitação. Trouxe muitas contribuições no que se refere a conhecimento e aprendizagem. (49 - 53,26 %)
- B. Excelente, ajudou a desenvolver a humanização nos profissionais de saúde me relação a esses pacientes. (22 - 23,91 %)
- C. A continuidade da formação é necessária para qualificar os profissionais. ampliar para a comunidade. Melhorar a metodologia. (13 - 14,13 %)
- D. Capacitação excelente. Só falta colocar em prática o que foi debatido na teoria. (6 - 6,52 %)
- E. Não gosta de participar de capacitações. (1 - 1,09 %)
- F. Desenvolveram empatia por esses pacientes e entenderam que são merecedores de tratamento. (1 - 1,09 %)

Total respostas - 92

Discurso Sujeito Coletivo: Uma excelente capacitação, contribuiu muito; Um curso de enriqueceu os profissionais com mais conhecimento; Muito bom, deixou bastante conhecimento e acrescentou ao trabalho cotidiano informações e formas mais adequadas de abordagem; Um programa que deveria ter continuidade para capacitar os profissionais; Um curso muito bom, onde os profissionais participaram e somou a profissão e aprenderam a colocar em prática o que foi discutido em teoria; Foi muito bom, e faria de novo para conhecer pessoas e trocar ideias; Aprendi como funcionava o CAPS, como encaminhar o paciente e informações básicas de orientação que auxilia as famílias; Servirá futuramente para assistir os pacientes e proporcionar mais qualidade de vida; Aprendeu como abordar os pacientes e ter carinho. Aproximação entre os usuários e profissionais de saúde; Acho que vale a pena o trabalho sobre a saúde mental com a comunidade ser intensificado, mas não tem condições de colocar em prática o que foi discutido na teoria; Deve se investir mais nesse tipo de construção de conhecimento e nesse público; Um curso muito bom, onde desenvolveu bastante o conteúdo abordado mas o feedback demorou demais; Achou bom participar e pretende colocar em prática o que aprendeu; Um curso muito importante que despertou muita curiosidade sobre saúde mental, mas o feedback foi demorado; Foi um bom curso principalmente pra quem trabalha com saúde mental; Muito bom pois trouxe conhecimento e melhorou as possibilidades de trabalho dos profissionais da UBS; Foi muito bom pois trouxe conhecimento aos profissionais e outros tipos de abordagem. melhorou a forma de atuação; Um curso muito bom, completo e que trouxe uma abordagem bem ampla do que é saúde mental; Um curso muito bom pois trouxe as reflexões e conhecimentos sobre saúde mental, porém a prática ainda não aconteceu; (A)

Questão 22

22. Na sua opinião: Qual é o papel do CAPS dentro da rede de atenção à saúde?

- A. Estrutura e suporte aos usuários para fazer o tratamento. Receber os pacientes acolhidos e encaminhados da saúde básica. Trabalhar também na prevenção. Mas ainda tem o acesso complicado aos pacientes. (37 - 42,05 %)
- B. Tem sua importância vinculada ao atendimento especializado em saúde mental para os usuários. (6 - 6,82 %)
- C. Acolhimento de pacientes encaminhados pela UBS, suporte, tratamento, palestras, apoio psicossocial, terapias e distribuição de medicamentos. (36 - 40,91 %)
- D. Já conhece como funciona o CAPS. (1 - 1,14 %)
- E. Não sabe/ percebe o papel do CAPS. (4 - 4,55 %)
- F. Atende de forma confusa e lenta os pacientes. (2 - 2,27 %)
- G. Recebe casos mais graves que necessitam de atendimento especializado. (2 - 2,27 %)

Total respostas - 88

Discurso Sujeito Coletivo: *Deveria ser a estrutura e o suporte aos usuários de drogas, mas não atendido a demanda; Receber os pacientes acolhidos e encaminhados na atenção básica; De acolher pacientes e trabalhar na recuperação e ressocialização; Faz um trabalho preventivo mais amplo e tem maior suporte; Um importante espaço de acolhimento e ajuda aos pacientes e usuários de drogas; Fundamental , O alicerce da saúde mental; Muito importante pela dificuldade e resistência que os usuários de drogas tem em relação ao tratamento; Imprescindível, mas não funciona de forma adequada. Falta medicação. E referência para acolhimento. Muito importante; Essencial, com profissionais direcionados para atender os pacientes direcionados pela atenção básica; Está na comunidade, porém não faz um trabalho mais preventivo. Não muito presente em visitas domiciliares; Ajudar o paciente, mas a rede de atenção em saúde precisa atuar de forma uniforme; Tem um bom tratamento, mas existem muitas dificuldades para conseguir acessar o CAPS; É bom, mas falta muita coisa ainda para ter um acesso mais adequado aos profissionais do CAPS; Apoiar as necessidades da atenção básica; Suporte aos profissionais da atenção básica e ajuda aos usuários; Apoio as equipes da atenção básica para o tratamento dos pacientes; Captação dos pacientes que precisam de tratamento; Recursos para acolher os pacientes encaminhados pela UBS; Palestras educativas e busca ativa; Importante para quem busca tratamento; Suporte a comunidade e apoio aos usuários e pacientes que buscam tratamento; CAPS é a referência de tratamento; Faz um bom tratamento, porém existem muitas dificuldades dos pacientes de conseguirem esse atendimento. Dentro das possibilidades ajuda muito.(A)*

APÊNDICE E – TCLE

*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa **“Avaliar o impacto da formação dos agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da atenção básica no acolhimento e escuta nas práticas de cuidado em saúde mental, com ênfase nos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas em cinco regiões brasileiras”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Juliana Cardoso Álvares. O projeto caracteriza-se como um projeto de pesquisa doutorado com o objetivo central de avaliar o impacto da formação dos agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da atenção básica no acolhimento e escuta nas práticas de cuidado em saúde mental, com ênfase nos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas em cinco regiões brasileiras.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista que o(a) senhor(a) deverá responder no setor da atenção primária à saúde na data combinada com um tempo estimado para sua realização de 30 minutos e será gravada em áudio.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Como possível risco desta e de qualquer outra pesquisa, pode-se citar a possibilidade de ocorrerem danos relacionados à natureza psicológica, intelectual ou cultural do participante. Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhorar as ações de saúde e articulação entre a Estratégia Saúde da Família, Atenção Básica, gestores e comunidades.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação

na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Ministério da Saúde e na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, telefone para o pesquisador responsável, no telefone: (61) 3340-6863, no Núcleo de Estudos de Saúde Pública, no horário: 8hs às 12hs e 14hs às 17 hs.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fiocruz Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3329-4607 ou do e-mail cepbrasil@fiocruz.br, horário de atendimento de 09:00hs às 12:00hs e de 14:00hs às 17:00hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FIOCRUZ se localiza na Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / assinatura

Juliana Cardoso Álvares
Pesquisadora Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

17/11/2017

Plataforma Brasil

Saúde



JULIANA CARDOSO ÁLVARES - Pesquisador | V3.2

Cadastros

Sua sessão expira em: 38min 36

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA NO ACOELHIMENTO E ESCUTA NAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL, COM ÊNFASE NOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM REGIÕES BRASILEIRAS
Pesquisador Responsável: JULIANA CARDOSO ÁLVARES
 Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 69091617.2.0000.8027
Submetido em: 26/05/2017
Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Ministério da Saúde



Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_015086

LISTA DE PESQUISADORES DO PROJETO

CPF/Documento ^	Nome ^	Atribuição	E-mail ^	Currículo	Tipo de Análise ^	Ação
709.759.221-49	JULIANA CARDOSO ÁLVARES	Contato Científico, Contato Público, Pesquisador principal	jucardoso25@yahoo.com.br	Lattes CV	PROPONENTE	
044.968.985-94	Gessika Cavalcante	Equipe do Projeto	gessikacavalcante_14@hotmail.com	Lattes CV	PROPONENTE	
028.578.491-92	Tainah Mota e Silva	Equipe do Projeto	tainah.ms@hotmail.com	Lattes CV	PROPONENTE	
307.143.622-04	MARCIO ALDRIN FRANCA CAVALCANTE	Equipe do Projeto	marcio.aldrin@gmail.com	Lattes CV	PROPONENTE	
791.075.671-20	ANDREIA CRISTINA DA SILVA CARDIAL	Equipe do Projeto	andreiocardial@gmail.com	Lattes CV	PROPONENTE	

LISTA DE COMITÊS DE ÉTICA DO PROJETO

Comitê de Ética ^	Tipo de Vínculo ^	Ação
8027 - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ - Brasília)	COORDENADOR	

LISTA DE INSTITUIÇÕES DO PROJETO

CNPJ da Instituição ^	Razão Social ^	Tipo de Instituição ^	Comitê de Ética ^	Ação
33.781.055/0009-92	FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ	PROPONENTE	8027 - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ - Brasília)	

LISTA DE PROJETOS RELACIONADOS

Tipo ^	CAAE ^	Versão ^	Pesquisador Responsável ^	Comitê de Ética ^	Instituição ^	Origem ^	Última Avaliação ^	Situação ^	Ação
P	69091617.2.0000.8027	1	JULIANA CARDOSO ÁLVARES	8027 - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ - Brasília)	FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ	PO	PO	Aprovado	

17/11/2017

Plataforma Brasil

LEGENDA:

(*) Tipo
 P = Projeto de Centro Coordenador Pp = Projeto de Centro Participante Pc = Projeto de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE

n	n	n	n	n	n	a	a	.	dv	.	t	x	x	x	.	l	l	l	l			
Sequencial para todos os Projetos submetidos para apreciação						Ano de submissão do Projeto			Digito verificador			Tipo do centro			Sequencial, quando estudo possui Centro(s) Participante(s) e/ou Coparticipante(s)				Código do Comitê que está analisando o projeto			

(*) Origem / Última Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador	POp = Projeto Original de Centro Participante	POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
E = Emenda de Centro Coordenador	Ep = Emenda de Centro Participante	Ec = Emenda de Centro Coparticipante
N = Notificação de Centro Coordenador	Np = Notificação de Centro Participante	Nc = Notificação de Centro Coparticipante

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior),
 ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).

M Fwd: PLATBR - Estado de ap...
Plataforma Brasil

[aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/administrador/444Novo/detalharProjetoRiCentroPartCoop.jsf](#)
Pesquisar

principal
air

Público
Pesquisador
Alterar Meus Dados

JULIANA CARDOSO ÁLVARES - Pesquisador | V3.0

Cadastros Sua sessão expira em: 30min 24

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA NO ACOLHIMENTO E ESCUTA NAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL, COM ÊNFASE NOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE CRACK, ALCOOL E OUTRAS DROGAS EM REGIÕES BRASILEIRAS
 Pesquisador Responsável: JULIANA CARDOSO ÁLVARES
 Área Temática:
 Versão: 1
 CAAE: 6909/617.2.0000.8027
 Submetido em: 26/05/2017
 Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 Situação da Versão do Projeto: Aprovado
 Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
 Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

Comprovante de Receção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_915086

+ DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	JULIANA CARDOSO ÁLVARES	1	26/05/2017	12/06/2017	Aprovado	Não	

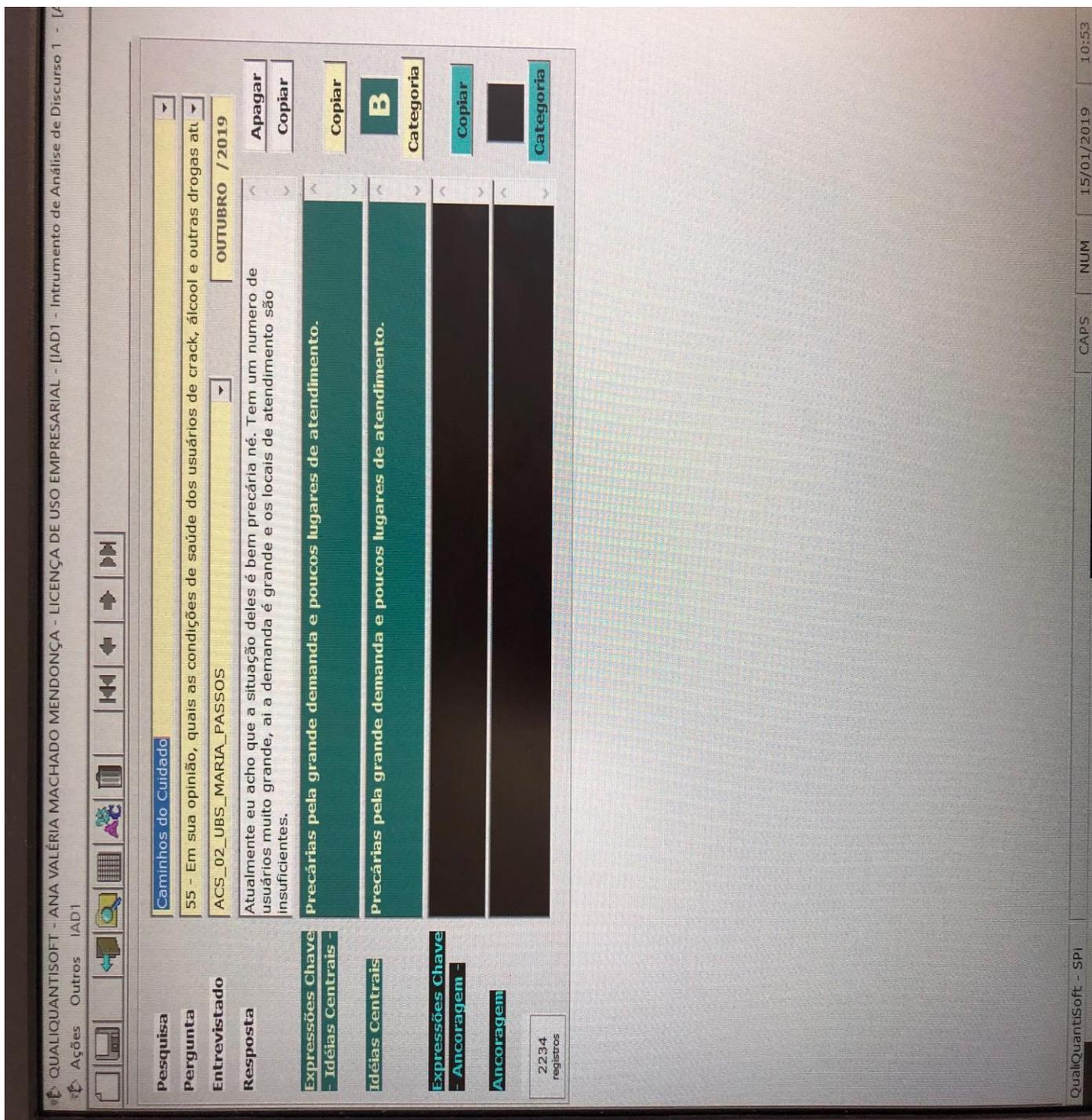
- HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	12/06/2017 17:13:37	Parecer iterado	1	Coordenador	Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ - Brasília)	PESQUISADOR	
PO	12/06/2017	Processo submetido em...	1	Coordenador	Fundação Oswaldo Cruz	Fundação Oswaldo Cruz	

ANEXO B – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO (PASSO A PASSO DA UTILIZAÇÃO DO DSC)

PASSO A PASSO DO DSC

IAD 1 – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1



IAD 2 – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2

