



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

LÍVIA SILVA LIMA

**A PERSPECTIVA DO CUIDADO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM
NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM
UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO**

Florianópolis

2019

Lívia Silva Lima

**A PERSPECTIVA DO CUIDADO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM
NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM
UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO**

Dissertação apresentada à banca de defesa como requisito para
obtenção de do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina.

Área de concentração: Uso e abuso de Substâncias.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Terezinha Zeferino.

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Lima, Livia Silva

A perspectiva do cuidado integral às pessoas com
necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
em um ambulatório especializado / Livia Silva Lima ;
orientadora, Maria Terezinha Zeferino, 2019.

107 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Ambulatório.
3. Cuidado Integral. 4. Políticas de Saúde mental, álcool e
outras drogas. . I. Zeferino, Maria Terezinha. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

Lívia Silva Lima

**A PERSPECTIVA DO CUIDADO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM NECESSIDADES
DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM UM
AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO**

O presente trabalho em nível de mestrado profissional foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Lúcio José Botelho, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Silvana Silveira Kempfer, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Prof. Sérgio Fernando Torres de Freitas, Dr.
Coordenador do Programa

Profa. Maria Terezinha Zeferino, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 27 de junho de 2019.

Dedico este trabalho aos meus pais que nunca mediram esforços para me dar o bem mais precioso, a educação.

AGRADECIMENTOS

O momento de escrever os agradecimentos, talvez, seja a parte mais fácil e a mais difícil também. Fácil porque reconheço e valorizo cada um daqueles que esteve junto comigo nesta breve caminhada. E difícil, pois não sou o tipo de pessoa que faz reflexões sobre a vida sem derramar lágrimas.

Primeiramente, agradeço com todo meu amor a minha mãe Denise e meu pai Augusto por todos os ensinamentos de vida, por sempre estarem presentes mesmo que morando em outra cidade e não me deixando esmaecer nos momentos mais difíceis dessa jornada. A minha irmã Vívian que sempre foi o espelho de dedicação e determinação em todos os sentidos, agradeço pelos ensinamentos e apoio acadêmico. Ao meu irmão Igor que carinhosamente chamo de meu filho, pelos momentos de descontração, pela ajuda na tradução do abstract e pelo seu conhecimento sobre tudo.

Agradeço de coração aos amigos que me apoiaram na decisão de vir morar em outra cidade na busca de um sonho e que sempre acreditaram em meu potencial, em especial Tayciara, Taíssa, Israel e Vinícius.

Agradeço imensamente a três anjos, Camila, Monick e Claudia, que encontrei nesta cidade e tornaram o início dessa caminhada mais leve.

Agradeço as minhas colegas e amigas do mestrado Carol Tonin, Renata e Karina. Sempre com suas palavras carinhosas de conforto e de incentivo. E ainda sou grata pelos momentos de lamentação, crescimento e alegria que passamos juntas.

Agradeço as amigas Fabíola e Diagna pelo companheirismo, pelas gargalhadas, os dias de diversão e a amizade.

Agradeço ao meu amigo e companheiro de aventuras Fernando, que nos momentos mais difíceis esteve ao meu lado, me apoiando com palavras de incentivo e de perseverança. Sou muito grata pelos lugares lindos e momentos maravilhosos que me proporcionou nesta cidade.

Agradeço a minha orientadora e amiga Dr^a Maria Terezinha Zeferino pelos ensinamentos acadêmicos e de vida, pela companhia e gargalhadas diárias.

Agradeço aos Professores Doutores da banca pela presteza e ensinamentos.

Ao grupo de pesquisa APIS e seus colaboradores pelas contribuições na qualificação e na dissertação.

E pela existência das Universidades Federais desse País, em especial a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

“Eu vos digo: é preciso ter ainda o caos dentro de si, para poder dar à luz a uma estrela dançante”.

NIETZSCHE, Friedrich (1883)

RESUMO

Objetivo: Este estudo tem como objetivo compreender as práticas cotidianas do cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em um ambulatório especializado. Esta compreensão se dá por meio da descrição das práticas cotidianas dos trabalhadores da saúde no ambulatório e da identificação das necessidades e das expectativas das pessoas cuidadas no ambulatório e dos seus familiares. **Método:** Este estudo é do tipo qualitativo exploratório descritivo que utilizou grupo focal como instrumento de coleta de dados. **Resultados:** Os resultados encontrados por meio do grupo focal com os trabalhadores demonstraram que: conhecem as estratégias para a prática do cuidado integral, porém as desenvolvem de forma fragmentada e descontinuada, e dessa forma, acreditam oferecer o cuidado integral as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; Ademais, possuem dois entendimentos sobre cuidado integral, um baseado na atenção psicossocial e outro na valorização do saber biomédico; e demonstram incertezas sobre o real papel do ambulatório dentro da Rede de Atenção Psicossocial. No grupo focal realizado com os usuários e seus familiares foi apontado o seguinte: necessidade de maior disponibilidade dos profissionais que atuam no serviço social, busca ativa para aqueles que não comparecem aos acompanhamentos, apoio aos familiares e divulgação de atividades profissionalizantes por parte da equipe; certa dificuldade em obter os medicamentos prescritos pelo profissional médico na farmácia da unidade e para receber orientação suficiente sobre a terapia medicamentosa. Também foi encontrado que a chegada ao ambulatório se dá por meio de encaminhamentos dos dispositivos da RAPS e dos grupos de ajuda mútua; que uma motivação pela opção do acompanhamento no ambulatório é sua localização privilegiada; e que avaliam o atendimento no ambulatório como bom, por serem bem recebidos pelos profissionais e equipe de apoio; e ainda, os usuários demonstraram que possuem responsabilidade sobre seu tratamento. **Considerações finais:** Foi possível construir orientações que permitam a viabilização do cuidado integral no ambulatório, baseadas na visão dos trabalhadores, dos usuários, de seus familiares e da experiência profissional da pesquisadora. Pretende-se com essas orientações tornar este ambulatório referência no cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, principalmente no que diz respeito à reabilitação psicossocial de cada usuário e familiar cuidados nesse espaço.

Palavras-chave: Cuidado integral. Políticas de Saúde mental, álcool e outras drogas. Ambulatório.

ABSTRACT

Objective: This study aims to understand the daily practices of comprehensive care for people with alcohol and drug use needs, in a specialized ambulatory clinic. This understanding is given through the description of the daily practices of health workers and the identification of the needs and expectations of people treated in the ambulatory clinic and their relatives. **Method:** This descriptive exploratory qualitative study used a focal group as a data collection instrument. **Results:** The results found through the focal group with the workers showed that: they know the strategies for the practice of integral care, but they develop them in a fragmented and discontinued way, and in this way, they believe to offer the integral care to the people with necessities from the use of alcohol and other drugs; In addition, they have two understandings about integral care, one based on psychosocial care and another on the valuation of biomedical knowledge; and demonstrate uncertainty about the real role of the outpatient clinic within the Psychosocial Care Network. In the focal group with the users and their families, the following was pointed out: need for greater availability of professionals who work in social services, active search for those who do not attend the follow-up, support to the family and dissemination of professional activities by the team; certain difficulties in obtaining the medicines prescribed by the medical professional in the unit's pharmacy and to receive sufficient guidance about the drug therapy. It has also been found that the arrival to the ambulatory care takes place through referrals from RAPS devices and mutual aid groups; that a motivation for the option of follow-up in the ambulatory care is its privileged location; and who evaluate the care in the outpatient clinic as good, because they are well received by professionals and support staff; and yet, users have demonstrated that they have responsibility for their treatment. **Final considerations:** It was possible to construct guidelines that allow the integral care in the ambulatory care to be feasible, based on the vision of the workers, the users, their relatives and the researcher's professional experience. It is intended with these guidelines to make this ambulatory care referral in the integral care to people with needs arising from the use of alcohol and other drugs, especially regarding the psychosocial rehabilitation of each user and family care in that space.

Key words: Integral care. Health care policies, alcohol and other drugs. Ambulatory care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Rede de Atenção Psicossocial de Manaus.....	23
Figura 2 – Contribuições para a prática do cuidado integral no ambulatório.....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Contribuições baseadas na visão dos trabalhadores.....	104
Quadro 2 – Contribuições baseadas na visão dos usuários e seus familiares.....	105
Quadro 3 – Contribuições baseada na experiência profissional da pesquisadora.....	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- A.A – Alcolicos anônimos.
AD – Álcool e outras Drogas
APIS – Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em
Atenção Psicossocial e Drogas.
APS – Atenção primária a saúde.
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa.
CETAM –
CID – Código Internacional de Doenças.
CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes.
CPER – Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro.
CRDQ – Centro de reabilitação em dependência química.
ESF – Estratégia Saúde da Família.
GF – Grupo Focal.
GT – Grupo de Trabalho.
HNA – Hospital Nacional de Alienados.
MPE – Ministério Público do Estado.
N.A – Narcóticos anônimos.
PDRAE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.
PGGM – Policlínica Governador Gilberto Mestrinho.
PGRSS – Programa de Resíduos Sólidos de Saúde.
PNAD – Política Nacional Antidrogas/ sobre Drogas.
PNH – Política Nacional de Humanização.
PNM – Política Nacional de Medicamentos.
PTS – Projeto Terapêutico Singular.
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.
RAS – Redes de Atenção a Saúde.
RD – Redução de danos.
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos.
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde.
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial.
SESC – Serviço Social do Comércio.
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.
SUAS – Sistema Único de Assistência Social.
SUS – Sistema Único de Saúde.
SUSAM – Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Objetivo geral	16
2.2	Objetivos específicos	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1	Ambulatórios especializados no Brasil.....	17
3.1.1	Ambulatórios especializados em Saúde Mental no Brasil	19
3.1.2	Ambulatório especializado em Saúde Mental, álcool e outras drogas no município de Manaus	21
3.2	Contextualização das Políticas Públicas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas ..	27
3.3	O cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.	32
4	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	37
4.1	Tipo de estudo.....	37
4.2	Cenário do estudo	38
4.3	Participantes do estudo	38
4.4	Coleta de dados	39
4.5	Análise dos dados	43
4.6	Cuidados éticos	43
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	45
5.1	Papel do ambulatório na Rede de Atenção Psicossocial.....	45
5.1.1	Práticas cotidianas do cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas	47
5.2	Usuários e familiares: necessidades e expectativas em relação ao cuidado oferecido no ambulatório	60
5.2.1	Como ficamos sabendo da existência do ambulatório.....	61
5.2.2	Necessidades e expectativas dos usuários e seus familiares.....	63
5.2.3	O que achamos sobre o atendimento do ambulatório.....	66
5.3	Contribuições para a prática do cuidado integral no ambulatório	68
6	CONSIDERAÇÕES.....	72
	REFERÊNCIAS.....	76

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC nº 924.432/2014.....	90
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC nº3.057.573/2018.....	93
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	97
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	100
APÊNDICE A – Contribuições baseada na visão dos trabalhadores.....	103
APÊNDICE B – Contribuições baseada na visão dos usuários e seus familiares.....	104
APÊNDICE C – Contribuições baseada na experiência profissional da pesquisadora.....	105

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 determina que é dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário das ações e serviços de saúde para a promoção, proteção e reabilitação a população brasileira. Para garantia dessas ações e serviços, a Presidência da República instituiu em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS) no país, por meio da publicação da Lei nº 8.080/90 dispendo sobre a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde, incluindo condições para promoção, proteção e recuperação da saúde em todo território brasileiro (BRASIL, 1988, BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde possui três princípios doutrinários que guiam o funcionamento de todo sistema de saúde, a saber: a Universalidade, a Integralidade e a Igualdade. Dentre os princípios, a integralidade considera o cidadão brasileiro como um todo devendo o sistema de saúde atender a todas as suas necessidades permitindo a permeabilidade das ações de saúde com as demais políticas públicas. A integralidade é definida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de atenção a saúde. Portanto, a integralidade tem a intenção de garantir à pessoa uma assistência à saúde que vai além das práticas curativas, incluindo ações nos diferentes níveis de atenção, inclusivas e que valorizem a singularidade e múltiplas dimensões do cotidiano das pessoas (BRASIL, 1990).

A construção das diversas políticas públicas de saúde pauta-se nos princípios doutrinários do SUS, não diferente na saúde mental. O ano de 2001 é considerado histórico ao que diz respeito à saúde mental, pois foi publicada a Lei nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Esse novo modelo valoriza a prática da atenção integral as pessoas portadoras de transtornos mentais, garante os direitos às pessoas em sofrimento psíquico, assim como a utilização de estratégias terapêuticas multidisciplinares que possibilitem o cuidado focando na reinserção social e na reabilitação psicossocial (BRASIL, 2001).

No que tange as políticas de saúde que amparam as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no ano de 2003 foi publicada a primeira Política

Nacional sobre Drogas de autoria do Ministério da Saúde, tendo em vista que até o momento as políticas públicas que promoviam promoção, proteção social e de saúde a esta população eram ausentes ou escassas no País (BRASIL, 2003).

A Política Nacional sobre Drogas (2003) valoriza a atenção integral as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas centrado na atenção comunitária, territorial e em rede. Enfatiza a utilização de ações de reabilitação e reinserção social dos usuários, de dispositivos extra-hospitalares da atenção psicossocial especializada, bem como as estratégias de redução de danos (BRASIL, 2003).

Durante 16 anos, as ações de produção de saúde a essa população pautou-se na Política sobre Drogas de 2003. Recentemente, foi publicada a nova Política Nacional de Nacional sobre Drogas, através do Decreto nº 9.761/19. Por sua vez, a Política Pública pressupõe a busca incessante a construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas, assim como a dependência destas substâncias. Além de garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal por meio de uma visão que salienta o indivíduo como um todo, em suas relações consigo, com o outro e com o meio em que vive. Em suma, a recente Política valoriza o princípio doutrinário do SUS da integralidade, a abstinência e as comunidades terapêuticas (BRASIL, 2019b).

Para tornar este princípio exequível é necessário compreender que a integralidade é indissociável ao cuidado, pois ele é operacionalizador da integralidade descrita nas políticas públicas de saúde. Nesse sentido, a integralidade é exercida através da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário requer ao buscar ajuda profissional (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

O cuidado é um termo “plural” que não significa tão somente o cuidado com si próprio, mas o cuidado com o outro sem intenção ou pretensão. Significa uma atitude que demonstra preocupação, responsabilização e solidariedade com a dor e o sofrimento do outro (BRASIL, 2010).

Portanto, o cuidado integral traduz-se em uma atitude de produção de saúde pensada e realizada com base nas necessidades sociais determinadas com a utilização de ferramentas que vão além de ações de conhecimento técnico e científico, mas que também se apropriem

dos campos políticos, sociais, organizativos, simbólicos e relacionais (ASSIS; JESUS, 2012, ASSIS et al, 2015).

A partir da experiência profissional obtida como enfermeira ao longo de 08 anos de atuação na saúde mental, 07 anos dedicados às pessoas com sofrimento psíquico e 01 ano dedicado a um ambulatório especializado em álcool e outras drogas, por diversas vezes questionou-se sobre a factibilidade das práticas de cuidado em saúde mental pessoais e as desenvolvidas pelos colegas. Desde então, constatou-se que havia necessidades pessoais e coletivas.

Necessidade pessoal, no que diz respeito à busca por conhecimento preciso e crítico acerca das práticas de cuidado adequadas às pessoas com necessidades decorrentes do álcool e outras drogas. Pois, percebiam-se contradições entre os pontos descritos nas Políticas sobre álcool e outras drogas e a realidade encontrada na prática profissional. E essa busca de conhecimento tem o intuito de superar essas contradições e tentar oferecer subsídios para a prática do cuidado integral efetivos aos usuários acompanhados nesse ambulatório de especialidades.

E necessidades coletivas, se referem às necessidades da equipe multiprofissional deste ambulatório. Percebeu-se que ao longo do primeiro ano de trabalho da equipe, na qual a pesquisadora fez parte, encontravam-se alguns entraves para a produção de saúde. Na época da inauguração do ambulatório especializado, ele não fazia parte da Rede de Atenção Psicossocial preconizada pelo Ministério da Saúde. Conseqüentemente, este ponto de atenção não possuía legislação que subsidiasse a efetivação do fazer na atenção ambulatorial especializada, que por sua vez acarretava a prática de produção de saúde baseada em práticas hegemônicas de valorização do saber biomédico, assim como a existência de incertezas relacionadas ao papel da equipe/ambulatório perante a rede de saúde mental do município, pois se tomasse uma determinada atitude deixaria de ser ambulatório e passaria a exercer o papel do CAPS ou da atenção básica.

Diante do exposto, um questionamento coloca-se: como compreender as práticas cotidianas do cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes ao uso de álcool e outras drogas em um ambulatório especializado?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender as práticas cotidianas do cuidado integral às pessoas usuárias de um ambulatório especializado em álcool e outras drogas.

2.2 Objetivos específicos

Descrever as práticas cotidianas dos trabalhadores da saúde no ambulatório relativas ao cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes ao uso de álcool e outras drogas;

Identificar as necessidades e as expectativas das pessoas com necessidades decorrentes ao uso de álcool e outras drogas e dos seus familiares sobre um ambulatório especializado em AD;

Elaborar sugestões para o cuidado integral no ambulatório especializado em álcool e outras drogas a partir dos resultados da pesquisa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para esta revisão de literatura, utilizou-se o método de revisão bibliográfica narrativa que é apropriada para descrever o desenvolvimento de um determinado assunto. Essa metodologia não utiliza critérios sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura e não tem a intenção de esgotar as fontes de informações (ROTHER, 2007). Aqui, a metodologia foi aplicada para aprofundar o conhecimento: sobre a evolução das Políticas Públicas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Brasil, desde as práticas manicomialis até as práticas de atenção psicossocial, bem como sobre o cuidado integral as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A revisão de literatura foi dividida em três capítulos: Ambulatórios especializados no Brasil, Contextualização das Políticas Públicas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Brasil e o Cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

No primeiro capítulo, descreve-se a respeito dos ambulatórios especializados nas Redes de Atenção a Saúde do Sistema Único de Saúde dando ênfase na existência dos ambulatórios na Saúde Mental desde a sua histórica criação no Brasil até a inclusão na Rede de atenção Psicossocial.

No segundo capítulo contextualizam-se, historicamente, as Políticas Públicas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, e a reorientação do modelo de cuidado manicomial ao modelo da atenção psicossocial no Brasil.

No terceiro capítulo, discorre-se sobre o cuidado integral sendo significado a partir do conhecimento sobre a integralidade, suas dimensões até a sua operacionalização no dia a dia dos trabalhadores da saúde.

3.1 Ambulatórios especializados no Brasil

O Sistema Único de Saúde, em suas regulamentações, atribui responsabilidades a todos os entes federativos do País. Dentre as diversas atribuições, cabe à União coordenar os

sistemas de saúde de alta complexidade e de laboratórios públicos. Aos Estados, coordenar a rede de laboratórios e hemocentros, definir os hospitais de referência e gerenciar os locais de atendimentos de alta complexidade. Aos municípios cabe a responsabilidade pelos ambulatorios especializados e a garantia dos serviços de atenção primária à saúde (BRASIL,1990; 2014).

Os ambulatorios de especialidades são uma realidade em todo território Nacional compondo o rol de dispositivos de produção de saúde da atenção especializada. A atenção especializada é entendida como:

conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade (BRASIL, 2019).

A Atenção Ambulatorial Especializada é um segmento importante na atenção de média complexidade compondo um sistema de cuidados integrais. Ela é um conjunto de ações e serviços de saúde baseadas nas tecnologias especializadas e que englobam processos de trabalho de densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar (ROCHA, 2014).

O objetivo da atenção especializada é a de ofertar retaguarda técnica, em tempo oportuno, assumindo a responsabilidade pelos usuários, cujo processo de diagnóstico e tratamento fundamenta-se em um vínculo principal a ser preservado com a atenção básica (SOLLA; CHIORO, 2008; BRASIL, 2019).

Os ambulatorios de especialidades são indicados àquelas pessoas que apresentam, naquele instante, a necessidade de cuidados diferenciados e mais intensivos que no nível primário. Tesser e Poli (2017) afirmam que existem, em sua minoria e não raros, problemas de saúde que necessitam de profissionais especializados nas situações em que há maior gravidade clínica e/ou maior dificuldade diagnóstica. O cuidado especializado é necessário para dar efetividade ao cuidado em saúde fazendo valer o princípio doutrinário da integralidade (BRASIL, 2019; TESSER; POLI, 2017).

Encontram-se distribuídos pelo País diversos seguimentos ambulatoriais especializados que fazem parte do Sistema Único de Saúde, são eles: angiologia, cardiologia,

fissura labiopalatal, neurologia, processo transsexualizador, saúde mental para transtornos e para álcool e outras drogas, dentre outros (BRASIL, 2019).

3.1.1 Ambulatórios especializados em Saúde Mental no Brasil

Historicamente, os ambulatórios de saúde mental foram criados no início do século XX. O primeiro ambulatório foi construído na cidade do Rio de Janeiro, sob a gestão de Juliano Moreira, no Hospital Nacional de Alienados (HNA). O ambulatório nasceu com o objetivo de atender os egressos do HNA e acolher os casos de perturbações mentais que não tinham indicação de internação, como crises de epilepsia, histeria, dentre outros (ENGEL, 2001).

Na sequência, inaugurou-se o Ambulatório Engenho de Dentro, também na cidade do Rio de Janeiro, funcionando sob a lógica higienista e eugênica. Além de acompanhar os egressos do HNA, esse ambulatório tinha o intuito de disseminar o aconselhamento genético a título de prevenção de distúrbios mentais (PEIXOTO, 2007, RESENDE, 1987).

Partindo dessa lógica, a psiquiatria tinha como estratégia desenvolver suas atividades junto à comunidade, ampliando a medicalização social intra e extramuro, visava a normalização social, eugenia, exercício da vigilância, controle dos imigrantes e dos matrimônios, em uma tentativa de evitar uma deterioração hereditária, viés que permaneceu até a década de 1980 (LOUGON, 2006; PEIXOTO, 2007).

Entre as décadas de 1940 e 1960, houve uma grande queda no número de ambulatórios psiquiátricos oficiais, e em contrapartida, houve expansão de hospitais psiquiátricos (CERQUEIRA, 1984, PAULIN; TURATO, 2004).

Em decorrência da expansão dos leitos psiquiátricos, entre os anos de 1965 e 1970, os ambulatórios de saúde mental tinham a principal finalidade de triar pacientes para os manicômios privados. Esse número saltou de 14.000 para 30.000 encaminhamentos para os manicômios privados ao final do ano de 1970. Ainda nesse período, faz-se presente um número expressivo de pessoas neuróticas e alcoolistas que chegavam aos ambulatórios para

serem encaminhadas aos manicômios. Esse cenário manteve-se até a publicação da Portaria SNS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 (PEIXOTO, 2007).

Com a Portaria SNS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, os serviços de saúde mental passaram a seguir as diretrizes do Sistema Único de Saúde, além de determinar regras e diretrizes para o funcionamento da saúde mental no país (BRASIL, 1992).

A regulamentação de maior relevância da Portaria SNS/MS nº 224/1992 para este estudo são as que dispõem a cerca das normas de funcionamento dos ambulatórios de saúde mental. A portaria dispunha que os ambulatórios especializados deveriam atuar no mesmo nível de atenção dos centros e das unidades básicas de saúde, ou seja, assistindo as pessoas com problemas mentais de baixa intensidade. As equipes deviam realizar atendimento individual (p.ex., psicoterapia); atendimento grupal (grupos operativo e terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde); visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior; e atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde. Estabeleceu-se que as equipes multiprofissionais deviam ter em sua composição diversos profissionais especializados, como médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar; ou seria critério do órgão gestor local definir a composição e as atribuições das equipes (BRASIL, 1992).

Entre os 1992 e o ano de 2006, há poucos dados, na literatura, sobre os ambulatórios de saúde mental, possivelmente pela mudança na orientação do cuidar do modelo asilar para o da atenção psicossocial que se deu a partir da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 e, do destaque positivo que os CAPS obtiveram a partir dos seus modos de produção de saúde.

Embora considerados como dispositivos de pouca efetividade e resolutividade, os ambulatórios ainda eram considerados necessários para municípios que ainda não possuíam CAPS; em municípios maiores, com acentuada demanda de transtornos em geral; e para municípios menores para atender transtornos mentais graves (BRASIL, 2007b).

Em 2011, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Dentre as diversas disposições, ela define os componentes participantes da RAPS e nesse momento, os ambulatórios de especialidade em

saúde mental não foram incluídos na rede. Entretanto, alguns deles permaneceram em funcionamento (BRASIL, 2011).

Por fim, em dezembro de 2017, com publicação da Portaria nº 3.588/2017, ambulatorios especializados foram reinseridos na saúde mental fazendo parte dos componentes da RAPS, sob a denominação de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas. Entretanto, ele assume uma função diferente daquela assumida anteriormente (BRASIL, 2017b).

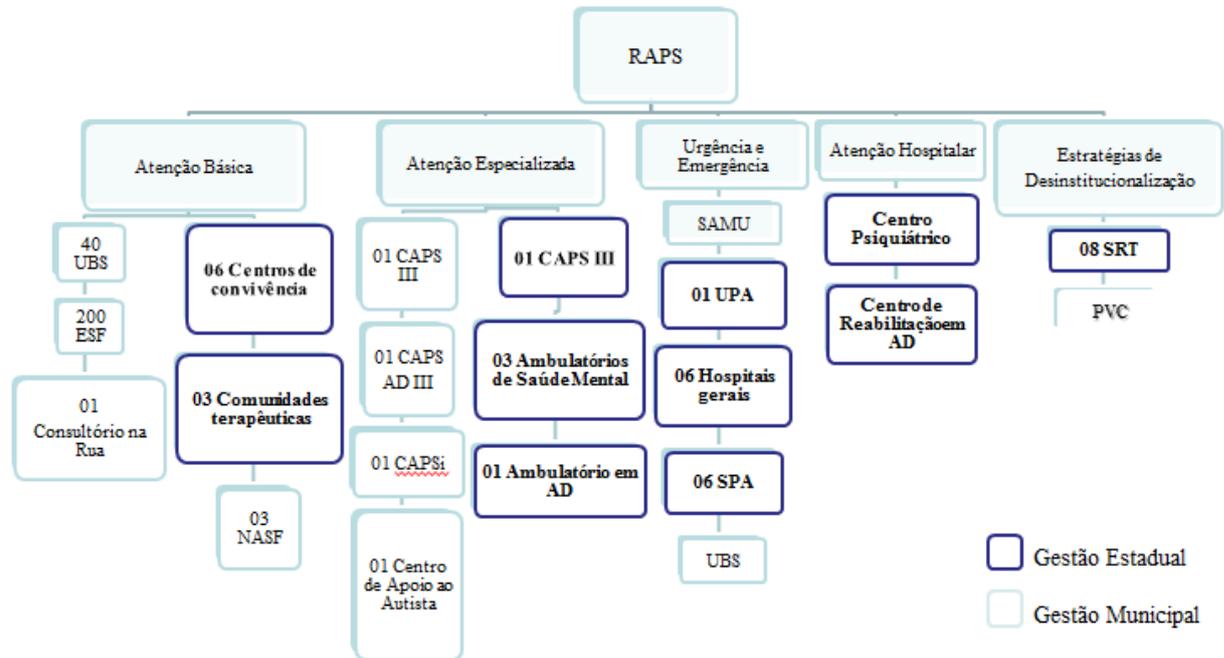
Com a Portaria nº 3.588/2017, o ambulatório passa a utilizar estratégias de atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados e prevalentes (transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade), com funcionamento integrado aos demais serviços das redes de atenção à saúde e destinado a responder às necessidades identificadas pela atenção básica. A portaria ainda descreve o funcionamento das equipes e tipifica a composição delas, define o incentivo financeiro de custeio mensal as equipes, e a articulação dos ambulatorios com as Redes de Atenção em Saúde (RAS) e com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial (BRASIL, 2017b).

3.1.2 Ambulatório especializado em Saúde Mental, álcool e outras drogas no município de Manaus

Atualmente, para o cuidado as pessoas em saúde mental, o município de Manaus possui uma rede gerida por ambas as Secretarias de Saúde: Estado e Município. Ao todo, a rede dispõe de 286 pontos de atenção a saúde mental, incluindo quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) situados na zona urbana de Manaus, conforme figura 1 (MANAUS, 2018).

Também fazem parte da Rede de Saúde Mental, três das cinco policlínicas geridas pela Secretaria de saúde do estado (SUSAM), inclusive a Policlínica que é *locus* desta pesquisa (BRASIL, 2019a).

Figura 1 – Rede de Atenção Psicossocial de Manaus



Fonte: AMAZONAS (2017); MANAUS (2017).

Os ambulatórios de saúde mental em Manaus sempre foram pontos importantes da rede de saúde mental do município. Os atendimentos ambulatoriais em Saúde Mental eram realizados em cinco pontos de atenção distribuídos em duas zonas da cidade de Manaus, zona Sul e zona Norte, até o primeiro semestre de 2012. Na Zona Sul situava-se duas policlínicas, um CAPS II e o Ambulatório Rosa Blaya. E na Zona Norte, no entanto, o CAPS III (NAVARRO, 2015).

Em junho de 2012, os atendimentos ambulatoriais de Saúde Mental passaram por modificações significativas, uma vez que as atividades do principal ambulatorial em saúde mental, o Ambulatório Rosa Blaya, foram encerradas. Até então, o referido ambulatório era responsável pela maior parte dos atendimentos da atenção primária e ambulatorial em saúde mental, no Amazonas. Com seu fechamento, os trabalhadores e as atividades que ali eram desenvolvidas foram transferidas para as cinco policlínicas de gestão estadual situadas em várias zonas da cidade, sendo uma na Zona Oeste, uma na Zona Leste, uma na Zona Norte e duas na Zona Sul. Ressalta-se que, na oportunidade, nenhuma dessas policlínicas oferecia

cuidados específicos a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CASADO, 2011; NAVARRO, 2015).

A reconfiguração da assistência ambulatorial em Saúde Mental ocorrida, em 2012, no município, foi construída com base em um modelo de atenção a saúde especializada. O desenho criado estava na contramão das Políticas Públicas de Saúde Mental vigentes na época que não incluía os ambulatórios na Rede de Atenção Psicossocial. Além disso, a reconfiguração da Rede de Saúde Mental apontava para um movimento político que reforçava um modelo ambulatorial-hospitalar e enfraquecia as estratégias de atenção psicossocial na comunidade, uma vez que os recursos humanos foram disponibilizados para o atendimento centralizado em ambulatório, não respeitando a lógica territorial (LOPES, 2011).

Até 2015, o cuidado as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas acontecia nas cinco policlínicas acima descritas juntamente com os demais usuários da rede de saúde mental. Em outubro daquele ano foi inaugurado o primeiro CAPS AD III em Manaus, sob a gestão municipal para a retaguarda de, aproximadamente, 2 milhões de habitantes residentes no Município. Somente então, o Município passou a ter um ponto especializado em AD, conforme as Políticas de Saúde Mental, álcool e outras Drogas desenhadas pelo Ministério da Saúde (MANAUS, 2018).

Nota-se que para a época, um único CAPS AD III era insuficiente para o cuidado integral e adequado ao público AD. Para suprir a necessidade, seria imprescindível a implantação de sete a dez CAPS AD III no Município, conforme o Art.4º e parágrafo 1º da Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, que afirma que o CAPS AD III regional deve ser retaguarda para grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes (BRASIL, 2012a).

Para expandir o acesso à saúde de pessoas com necessidade decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em 2016, a coordenação de Saúde Mental do Estado solicitou à Policlínica Governador Gilberto Mestrinho (PGGM) a estruturação de um programa ambulatorial para tal público. Assim, o primeiro ambulatório especializado em álcool e outras drogas no Município iniciou suas atividades em junho de 2016 nas dependências da PGGM compondo a Rede de Saúde Mental de Manaus (AMAZONAS, 2017a).

O objetivo do Ambulatório de AD PGGM é oferecer cuidado biopsicossocial especializado e multiprofissional às pessoas a partir dos 18 anos de idade, que manifestem a

vontade de se cuidar e ser cuidado nos aspectos referentes às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, incluindo àqueles que não têm perfil para acompanhamento no CAPS AD III, aqueles que não se identificam com o modelo de cuidado oferecido no CAPS AD III e aqueles que não obtêm acesso ou cuidado efetivo na Atenção Primária a Saúde (APS).

O ambulatório possui uma equipe multiprofissional composta por sete trabalhadores de saúde: um assistente social, uma enfermeira, um médico clínico, uma médica psiquiatra, uma psicóloga e dois técnicos de enfermagem. O cuidado ofertado no Ambulatório baseia-se no Projeto Terapêutico Singular (PTS) legitimando a demanda da pessoa que busca Redução de Danos (RD) ou abstinência, assim como nas ações da Terapia Cognitivo-Comportamental, dos cuidados em saúde mental, clínicos e psiquiátricos e, da avaliação contínua dessas ações. Ademais, o Ambulatório ainda prevê ações de promoção de saúde e de articulação com os demais pontos das RAS do Estado do Amazonas para a implementação de estratégias de Prevenção, Redução de Danos e de Reabilitação Psicossocial.

Além de atender demanda espontânea, o ambulatório recebe usuários e familiares encaminhados de outras unidades de saúde, órgãos da assistência social, da Justiça, da Segurança, entre outros. Porém, não é raro acolher demandas encaminhadas de outras instituições de saúde que não possuem necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, sendo as demandas mais frequentes: psiquiatria geral e neurologia.

O acolhimento é realizado por dois profissionais da equipe com o intuito de avaliar o momento atual de uso e orientar quanto às possibilidades terapêuticas no ambulatório, considerando sua condição clínica. Os casos mais complexos, que não há possibilidade terapêutica no ambulatório, são encaminhados de acordo com sua condição clínica aos demais pontos de atenção especializados: Centro de Reabilitação em Dependência Química (CRDQ), Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER), CAPS AD III ou aos hospitais gerais.

Os casos indicados para acompanhamento no Ambulatório possuem duração variável de tratamento a depender da estratégia definida no Projeto Terapêutico pactuado entre o usuário e a equipe multiprofissional, quais sejam: Redução de Danos (RD) e abstinência.

Aqueles que desejam as estratégias de RD o tempo é estabelecido nas metas contidas no Projeto Terapêutico de cada usuário. Para as pessoas que optam pelo cuidado em condição

de abstinência, o tempo de tratamento tem duração de um ano dividido em três fases: adesão, exposição e manutenção.

- a) A Fase de adesão objetiva estabelecer diagnósticos, planejar intervenções, definir e esclarecer os papéis entre terapeuta e usuário e, corresponsabilizar as partes envolvidas. Essa fase tem a duração de quatro meses divididos em: 4 sessões iniciais estruturadas, preferencialmente semanais, seguidas de 2 sessões quinzenais. Ao final desta fase, o usuário obtém, no mínimo, 6 encontros com a equipe multiprofissional. Ainda, o usuário é convidado a participar de 1 reunião mensal aberta em grupo;
- b) A Fase de Exposição é dedicada a ampliação dos objetivos do tratamento a partir das expectativas sobre o tratamento. Essa fase tem a duração de 5 meses e os encontros são agendados de acordo com o projeto terapêutico;
- c) A Fase da Manutenção tem o propósito de valorizar e reforçar a autonomia e corresponsabilização do usuário para a programação da alta terapêutica e tem a duração de 3 meses.

Embora haja uma sugestão de fluxo de atendimento e de procedimentos necessários para o acompanhamento, conforme os passos acima mencionados, poucas ações são operacionalizadas pela equipe, principalmente no que diz respeito ao tempo de tratamento. Dois pontos dificultam o cumprimento desse tempo: o projeto terapêutico não é priorizado como ferramenta de organização de cuidado e a articulação com outros pontos da RAPS, principalmente com as unidades da atenção primária, é praticamente inexistente.

Relativo ao projeto terapêutico, a equipe não utiliza a ferramenta como organizador do cuidado e, o plano terapêutico utilizado pela equipe é construído com base na formação e na experiência profissional de cada trabalhador. Em razão disso, a equipe não consegue realizar, periodicamente, as avaliações e reavaliações dos planos terapêuticos, assim como tem dificuldades em identificar aqueles que descontinuam os acompanhamentos e em seu retorno, recomeçam do zero.

Sobre o contato com a atenção primária, a equipe tem dificuldade de contatar as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), haja vista que no Município a cobertura de ESF é de apenas 33,61% e de atenção primária é de 48,15% (BRASIL, 2019). A baixa cobertura da ESF é um dos motivos pelos quais a equipe do ambulatório não consegue

cumprir o tempo de tratamento anteriormente determinado, pois não há contato com esse ponto de atenção. Além do mais, a equipe entende que se houver alta deste usuário do ambulatório sem o apoio da Atenção Primária a Saúde, há um risco enorme de haver recaídas e conseqüente desestruturação da vida do sujeito.

Além do atendimento individual às pessoas com necessidades decorrente do uso de álcool e outras drogas, a equipe realiza uma vez por mês um grupo terapêutico denominado de reunião multifamília. Participam do grupo os usuários do serviço e familiares. As atividades realizadas incluem rodas de conversa temáticas, combinadas com dinâmicas de grupo. Os temas são sugeridos pela equipe e pelos participantes do grupo em diversos seguimentos, porém concentram-se naqueles relacionados ao álcool e as outras drogas. Ressalta-se que a participação nesse grupo não é condicionada a obrigatoriedade nos acompanhamentos com a equipe multiprofissional, sendo livre e espontânea a participação.

No que se refere a dados quantitativos sobre o ambulatório, nos primeiros seis meses de funcionamento no ano de 2016, a equipe realizou 901 atendimentos em saúde mental às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, apresentando uma média de atendimentos de 128,7 por mês. Deste número total, 76 foram para inclusão de novas pessoas para acompanhamento no ambulatório; 105 atendimentos registrados com o CID-10 Z50.2 (reabilitação de alcoólatras); 508 atendimentos com CID-10 Z50.3 (reabilitação de toxicodependentes); 248 atendimentos com CID-10 F19 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas) e 06 reuniões multifamília (SUSAM/PGGM, 2017).

Em 2017, foram realizados 2742 atendimentos, com uma média de 228,5 atendimentos por mês, representando um aumento de 177% nos atendimentos esperados, tendo como base os primeiros seis meses de funcionamento do ambulatório. Do número total de atendimentos realizados em 2017, 163 atendimentos foram para inclusão de novas pessoas para acompanhamento no ambulatório; 321 atendimentos registrados como o CID-10 Z50.2; 2083 atendimentos com CID-10 Z50.3; 248 atendimentos com o CID-10 F19 e 06 reuniões de família (SUSAM/PGGM, 2018).

Em 2017, com a publicação da Portaria nº 3.588/2017, que incluíram os ambulatórios especializados em saúde mental na RAPS sob a denominação de Equipe Multiprofissional de

Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas (BRASIL, 2017), o Ambulatório AD da PGGM passou, oficialmente, a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial.

3.2 Contextualização das Políticas Públicas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

Neste capítulo será apresentada a contextualização das Políticas públicas de saúde mental dando ênfase as políticas relacionadas ao álcool e outras drogas. Essa contextualização se dará a partir dos movimentos da luta Antimanicomial iniciada na década de 1970.

A partir da década de 1970, a população brasileira iniciou uma luta árdua contra práticas manicomiais existentes no País. Essas lutas aconteceram com o intuito de reivindicar melhorias de condições de trabalho, de recursos humanos, de estrutura física e higiene, de mudanças no modelo médico-assistencial e, sobretudo, das relações entre instituição, clientela e profissionais da saúde mental (AMARANTE, 1995).

Como resultado da Luta Antimanicomial, foi publicada 1976 a Lei nº 6.368 que dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes. A partir dessa publicação as pessoas que faziam uso de substâncias passaram a ser reconhecidas como doentes e a utilizar os recursos oferecidos pelos hospitais psiquiátricos. Na década de 1980, o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN) iniciou a elaboração das políticas e legislações específicas sobre a redução da demanda e da oferta de drogas, envolvendo a saúde, a assistência social e proteção social (SANTOS; OLIVEIRA, 2013, ALVES, 2009).

Em 1998, o COFEN foi substituído pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), vinculado ao gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, também responsável pelas diretrizes de controle ao impacto das drogas na população brasileira. O CONAD foi o grande responsável pela futura Política Nacional antidrogas (ALVES, 2009).

O ano de 2001 pode ser considerado como ano histórico para as Políticas Públicas de Saúde mental, pois foi sancionada a Lei nº. 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos

das pessoas com transtornos mentais, para o reconhecimento da cidadania, da preservação dos direitos e da reinserção das pessoas nas comunidades e nos territórios (BRASIL, 2001).

Outra importante contribuição da Lei 10.216 é a disposição legal sobre as internações, que passam a ser indicadas somente, nos casos em que os demais equipamentos de apoio à atenção psicossocial não foram eficazes no cuidado a saúde. Além disso, ela tipifica as internações em: voluntária, como aquela em que há o consentimento do usuário e que o mesmo pode solicitar a suspensão a qualquer momento, sendo indicada por um profissional médico; internação involuntária é aquela sem o consentimento do usuário, através da solicitação de terceiros e com indicação médica, devendo ser notificado o Ministério Público do Estado (MPE) quando da internação e da alta do paciente em questão, sendo a família responsável pela suspensão da internação a qualquer momento; e a internação compulsória, determinada pela Justiça, àqueles que cometeram algum delito, foram julgados e considerados inimputáveis pelo Sistema Judiciário, podendo ser submetidos a medidas protetivas, com internação ou não (BRASIL, 2001).

Após a conquista da Lei nº 10.216 ou Lei Paulo Delgado, as políticas públicas em saúde mental foram ganhando forças. Em 19 de fevereiro de 2002, foi publicada a Portaria nº336 estabelecendo as modalidades de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, II e III; CAPS i II, CAPS ad II, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002).

No mesmo ano de 2002, ocorreu um importante marco para o avanço da política em álcool e drogas no Brasil: XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas. Na oportunidade, o CONAD foi o grande responsável por desencadear a formulação da Política Nacional Antidrogas (PNAD), instituída através do Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002. Em 2004, durante o Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, a PNAD sofreu modificações, passando a ser chamada de Política Nacional sobre Drogas, a qual foi aprovada e vigorada no ano seguinte, através da Resolução nº03/GSIPR/CH/CONAD (SENAD, 2013).

Ainda no ano de 2002, foi publicada a Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002 preconizando o tratamento do dependente ou usuário de forma multiprofissional incluindo a assistência familiar e as estratégias de redução de danos (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Em 2005, o CONAD aprovou a Política Nacional sobre Drogas, admitindo a importância de incluir o uso abusivo de drogas como um problema de saúde pública, e a necessidade do tratamento, recuperação e reinserção social do usuário de álcool e outras drogas. A partir da aprovação da Política Nacional sobre Drogas, viu-se a necessidade de utilizar estratégias menos coercitivas e repressoras. Foram implementadas estratégias de Redução de Danos como política de saúde, em 2005, através da Portaria nº 1.028, que regulamenta as ações sobre a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso e abuso de Substâncias Psicoativas (SPA) que causem dependência em usuários que não desejam ou não podem parar de usar estas substâncias (ALVES, 2009, BRASIL, 2005b).

Em 2006, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) foi instituído, através da Lei nº 11.343 com o intuito de legislar sobre: medidas de prevenção do uso indevido de substâncias, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; normas a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e ainda, define crimes e dá outras providências. Ainda sobre esta lei, a Câmara dos deputados aprovou um Projeto de Lei nº 7.663/2010, que propõe alterações na Lei nº 11.343, como: dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras de crimes previstos e definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas. Porém, este Projeto de Lei ainda aguarda apreciação no Senado. Com a regulamentação do SISNAD, através do Decreto nº 5.912/2006, o Conselho Nacional Antidrogas foi reestruturado e, assim, garantiu a participação paritária entre governo e a sociedade (SENAD, 2013).

No ano de 2007, com o objetivo de fomentar discussões e a criação de políticas públicas para conter o uso precoce de álcool, e os danos à saúde e a segurança, sobretudo de crianças e adolescentes, foi decretada a Política Nacional sobre o Álcool nº 6.117, que dispõe sobre medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade (BRASIL, 2007a).

O ano de 2008 foi um marco histórico na evolução das políticas públicas brasileiras, porque substituiu o termo restritivo “antidrogas” para a expressão mais abrangente “sobre drogas”. Assim, houve uma mudança nas nomenclaturas do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), com a instituição da Lei nº 11.754/2008 (SENAD, 2013).

Na persistente busca ao fortalecimento e a qualificação da atenção psicossocial, em 2011 foi sancionado o Decreto Presidencial nº 7.508, ampliando a rede e incluindo-a na relação de ações e serviços mínimos e imprescindíveis para compor as regiões de saúde, além de ser considerada uma das portas de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS). Em dezembro do mesmo ano, a Rede de Atenção Psicossocial foi instituída e direcionada as pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e aqueles que necessitem de cuidados decorrentes do uso de álcool e outras drogas, através da Portaria nº 3.088. A portaria em questão dispõe sobre as diretrizes de funcionamento, os objetivos e os dispositivos constituintes da RAPS (BRASIL, 2011a).

Ainda em 2011, foi criado o Programa Crack é possível vencer, por meio do Decreto Presidencial nº 7.637/2011 que dispunha sobre a prevenção do uso de Substâncias Psicoativas, tratamento e reinserção social, e enfrentamento ao tráfico de drogas ilícitas. As ações decretadas no programa priorizam a articulação de diversos setores, inclusive a participação da sociedade civil e das universidades, e de forma descentralizada entre os entes federativos (BRASIL, 2011b).

Dando continuidade a ampliação e a estruturação dos serviços, em janeiro de 2012, foi publicada a Portaria nº130 que redefine o papel do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD) III, para atendimento de crianças e adultos, separadamente ou não, oferecendo cuidado integral e contínuo no período de 24 horas. Com atividades inclusive, nos fins de semana, o serviço deve funcionar na lógica de reinserção social, aberta e comunitário, com ações pautadas no território, realizando atendimentos compartilhados com a equipe interdisciplinar. A partir da instituição, ampliação e qualificação da RAPS foram incluídos dispositivos na média e alta complexidade, todavia ambulatórios de especialidades ainda não haviam sido citados nas publicações de leis, decretos e portarias (BRASIL, 2012a).

Em setembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou uma nova portaria unificando todas as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, denominada de Portaria de Consolidação nº3. O anexo V desta portaria dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, apresentando as mudanças em alguns artigos das Portarias nº336 de fevereiro de 2002, da

Portaria nº130 de janeiro de 2012 e, principalmente, sobre a revogação da Portaria nº 3.088 de dezembro de 2011, sendo substituído pela Portaria nº 3.588 (BRASIL, 2017a).

Uma das principais mudanças apresentadas na Portaria nº 3.588 é a criação e inclusão dos CAPS AD IV no território. Sua implantação é indicada para municípios que possuam população acima de 500 mil habitantes, podendo dispor de 8 a 30 leitos e definindo a equipe mínima conforme o número de leitos. A portaria descreve sobre o funcionamento, da tipologia e sobre a atenção integral ao usuário que inclui, dentre diversas atividades, a lógica da equipe interdisciplinar, o controle social e a participação dos familiares (BRASIL, 2017b).

Outra importante contribuição da Portaria nº 3.588 é a instituição da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental que constitui estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados e prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade. O objetivo das equipes é de prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificada pela atenção básica, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde. Essa portaria ainda descreve o funcionamento das equipes e tipifica a composição delas, define o incentivo financeiro de custeio mensal às equipes, e trata da articulação dos ambulatorios com as Redes de atenção a Saúde (RAS) e com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial. (BRASIL, 2017b).

Apesar de ter sido alvo de muitas críticas, a inclusão dos ambulatorios de especialidades na RAPS é uma das mais importantes contribuições da Portaria nº 3.588/2017, uma vez que torna os ambulatorios elo de ligação entre os equipamentos das redes de saúde e interssetoriais, possibilitando a articulação entre a RAPS, a RAS e o SUAS e o cuidado integral dos usuários.

E recentemente, foi publicada a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) por meio do Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. A nova política aborda pontos sobre os pressupostos e objetivos da política; a prevenção, tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, ajuda mútua e reinserção; redução da oferta e, sobre estudos, pesquisas e avaliações (BRASIL, 2019b).

A nova PNAD tem o propósito de buscar incessantemente construir uma sociedade protegida do uso e da dependência de drogas lícitas e ilícitas e, para aqueles que desenvolverem dependência, o propósito é de mantê-los abstinente do consumo de substâncias psicoativas. Sobre os objetivos, fica claro que ela valoriza a inserção das comunidades terapêuticas na RAPS, assim como as estratégias que promovam e mantenham as pessoas em abstinência (BRASIL, 2019b).

3.3 O cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A noção mais conhecida sobre a palavra integralidade é a definida no título II, capítulo II da Lei nº 8.080 de 1990, que trata dos princípios e diretrizes do SUS. Integralidade da assistência é um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de atenção à saúde. Nesses termos, a integralidade tem a intenção de garantir à pessoa uma assistência à saúde que vai além das práticas curativas, incluindo ações nos diferentes níveis de atenção, inclusivas e que valorizem a singularidade e múltiplas dimensões do cotidiano das pessoas (BRASIL, 1990).

Entretanto, a integralidade tem um significado muito mais amplo do que rege a Lei nº 8.080/1990. Ela pode ser definida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores nas suas práticas cotidianas, na oferta do cuidado de saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema. O conjunto dessas ações consiste na estratégia concreta de um fazer coletivo e realizado por indivíduos em defesa da vida. Essas ações e estratégias concretas englobam três diferentes sentidos sobre a integralidade: 1) atributos das práticas dos profissionais de saúde; 2) características da organização dos serviços; e 3) aplicabilidade às respostas governamentais (MATTOS; PINHEIRO, 2001; 2018).

A dimensão das práticas dos profissionais de saúde diz respeito à compreensão do trabalhador sobre o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde demandadas de um usuário ao buscar ajuda. A relação do trabalhador de saúde com o usuário dos serviços deve ser empática, ética e de respeito ao cidadão. Além disso, o trabalhador deve acolher o usuário

com a intenção de criar e fortalecer os vínculos, além de estimular o protagonismo do sujeito. Para esta ação, é possível utilizar uma das tecnologias leve-dura que é a escuta qualificada e atentar-se para comunicação não verbal, buscando compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços demandados pelo usuário. Ressalta-se a necessidade do profissional de agir com cautela para não haver dicotomização e reducionismo do cuidado, já que o ser humano é um ser único, singular e que apresenta múltiplas dimensões do seu cotidiano (MERHY, 200, PINHEIRO, 2001; 2018).

A segunda dimensão é relacionada às características da organização dos serviços, os quais devem organizar-se a partir da junção dos saberes práticos da saúde pública aos saberes práticos assistenciais. Aqui, busca-se evitar a fragmentação de saberes e valoriza-se a compreensão ampliada das necessidades de saúde de um grupo populacional. A organização das práticas diz respeito ao suprimento das demandas trazidas pela pessoa superando a fragmentação do cuidado e de melhoria na articulação das redes e das equipes de saúde por meio do entendimento sobre a transversalização do cuidado. Esse conceito é constantemente utilizado pela PNH, a qual reconhece que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar entre si com o intuito de produzir saúde de forma mais corresponsável, tanto para equipe quanto para a pessoa cuidada (PINHEIRO, 2001; 2018, MATTOS, 2001, HUMANIZASUS, 2018a).

A terceira dimensão aplica-se às respostas governamentais dadas às necessidades de saúde do coletivo ou de grupos específicos. Em outras palavras, os formuladores de políticas públicas de saúde devem desenhá-las considerando o contexto e as reais necessidades com a finalidade de dar respostas eficazes e resolutivas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que acometem certo grupo populacional. Além da certeza de que as políticas públicas de saúde contenham ações relacionadas à promoção de saúde, prevenção de doenças, cura e de reabilitação. A integralidade é essencialmente cuidado, o “lugar” onde ela se materializa e se torna visível. Em outras palavras, o cuidado é uma estratégia adotada para tornar a integralidade em saúde palpável e factível (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

A palavra cuidado origina do verbo cuidar, considerada como uma atitude e uma expressão plural que não significa somente cuidar de si mesmo, mas sim o cuidado com o outro sem intenção e pretensão. É uma atitude que manifesta preocupação, responsabilização

e solidariedade com a dor e o sofrimento do outro. Um conceito que combina com as práticas de produção de saúde de forma integral é o conceito de Boff (2005), ele descreve que o cuidado deve ser uma atitude de zelo, desvelo, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro. O cuidado implica um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra no outro com desvelo e solicitude (BRASIL, 2010a, BOFF, 2005).

O cuidado integral pode ser considerado como um ato ou encontro entre trabalhador de saúde e usuário/coletivo com o intuito de compreender e sanar as demandas de saúde, sociais, educativas ou quaisquer outras implicando na construção de um projeto de vida. Nesse encontro, deve haver zelo, desvelo, responsabilidade, envolvimento afetivo com o outro e a capacidade de se afetar pelo outro.

Para a prática do cuidado integral é necessário conhecer e utilizar ferramentas que vão além de ações de conhecimento técnico e científico. É necessária a apropriação de ações dos campos políticos, sociais, organizativos, simbólicos e relacionais para a viabilização e a qualificação do cuidado integral. No cuidado integral, podem ser utilizadas ferramentas como o acesso aos serviços de saúde, acolhimento, vínculo, corresponsabilização e resolubilidade que serão discutidas a seguir (ASSIS et al, 2015, ZEFERINO; FIALHO et al, 2018).

O acesso universal é uma das principais características do Sistema único de Saúde. A primeira concepção sobre acesso é o de ser porta de entrada aos serviços de saúde da atenção básica a alta complexidade. O acesso vai além do papel de porta de entrada, diz respeito à disponibilidade de recursos de saúde e a capacidade de produzir respostas efetivas as necessidades demandadas pela população (ASSIS et al, 2015, ZEFERINO; FIALHO et al, 2018).

A segunda ferramenta primordial para qualificação do cuidado é o acolhimento, definido pelo Ministério da Saúde (2013) como:

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2013a. p. 07).

O acolhimento pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas, dando prioridade aos que se encontram em situação de maior vulnerabilidade. O acolhimento valoriza a comunicação da equipe com o usuário através da escuta qualificada com a função de ofertar serviços adequados frente às necessidades demandadas, bem como a responsabilização integral dos problemas de saúde individual ou coletiva, prestigiando as tecnologias leves (ZEFERINO; FIALHO et al, 2018, ASSIS et al, 2015).

Por meio do acolhimento, o processo de construção do vínculo é iniciado. Considera-se o vínculo como uma conquista e não um acontecimento imediato. O vínculo é um ato de ligação ou aproximação que permite o envolvimento afetivo entre as pessoas envolvidas no processo, além de ser uma ferramenta que possibilita a troca de saberes entre o trabalhador de saúde e a comunidade. O fortalecimento do vínculo favorece a produção do cuidado mediante relação de confiança e partilha de compromissos e afetos, desencadeando os processos de autonomia do usuário e a corresponsabilização do usuário e da equipe (CARLI et al, 2014, ZEFERINO; FIALHO et al, 2018).

A quarta ferramenta é a corresponsabilização que é traduzida como a capacidade de perceber as singularidades e de investir na capacidade individual e coletiva de fazer escolhas e de valorizar a participação da pessoa cuidada nas decisões de saúde que ela deseja obter. Por outro lado, há o compromisso do profissional em assumir a indicação e a garantia dos caminhos a serem percorridos para a resolução do problema. Sendo assim, aqui não cabe a transferência de responsabilidade a outra instância decisória ou nível de atenção (SANTOS et al, 2008, PINHEIRO, 2018, MERHY, 1997).

A quinta ferramenta para garantia do cuidado integral é a resolubilidade. Entende-se como um ato de oferecer uma resposta adequada ao usuário que busca os serviços de saúde para resolução de alguma necessidade. Salienta-se que não se restringe apenas à cura de doenças, mas também ao alívio ou minimização do sofrimento, à promoção e à manutenção da saúde (ASSIS et al, 2015, ASSIS et al, 2007).

É importante ressaltar que o cuidado integral é um movimento cíclico de produção de saúde, esse contexto se aplica às pessoas com necessidade decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pois demandam cuidado contínuo e em diversos pontos da vida cotidiana: relações sociais, afetivas, familiares, de educação, de emprego, etc. Entretanto, para pôr em

prática o cuidado integral é necessária a inclusão dos saberes dos trabalhadores (incluindo gestores), das pessoas cuidadas e de seus familiares para fortalecer o protagonismo dos usuários no SUS e a própria RAPS.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Método em pesquisa é um conjunto de atividades sistemáticas e racionais que permite alcançar o objetivo com segurança e economia, a partir do esboço do caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do pesquisador (MARCONI; LAKATOS, 2010), além de tentar compreender o fenômeno proposto. A partir desse entendimento, o método da pesquisa foi definido.

4.1 Tipo de estudo

Este estudo é do tipo qualitativo exploratório descritivo. Optou-se pela metodologia qualitativa por considerar que é mais adequada aos objetivos propostos neste estudo, pois

a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, nas estruturas e as relações, tornam-se significativas” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 244).

Para esse estudo, as relações interpessoais, de trabalho e afetivas entre os participantes da pesquisa foram consideradas como um importante instrumento de coleta de dados.

Exploratório descritivo, pois se percebeu que o fenômeno estudado dispõe de discretas produções científicas, sobretudo no que diz respeito às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no Norte do Brasil, e muito menos ainda em Manaus. A pesquisa de caráter exploratório é definida por Marconi e Lakatos (2010), como uma pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: aumentar a familiaridade do pesquisador com o fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa, ou modificar e clarificar conceitos e ainda conceituar as inter-relações entre as propriedades do fenômeno. É descritiva, pois descreveu completamente o fenômeno estudado.

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em um ambulatório especializado para atendimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em Manaus. O ambulatório faz parte dos serviços oferecidos pela Policlínica Governador Gilberto Mestrinho, localizada na região central de Manaus.

O ambulatório localiza-se na ala direita do terceiro pavimento da Policlínica. Em relação à estrutura física, foi planejada e construída para realização de consultas médicas tradicionais. Esta ala é composta por 08 salas posicionadas em um único corredor, a saber: 01 sala do serviço social, 01 sala de preparo de paciente, 03 consultórios para atendimento psicológico, 02 consultórios médicos e 01 consultório de enfermagem. Todas as salas possuem o mesmo *layout*: 01 mesa, 03 cadeiras, 01 computador e impressora, 01 armário, 01 divã e uma pia. Este ambulatório possui uma sala de recepção/espera ampla, climatizada, com cadeiras confortáveis e televisor que é dividida com outros usuários de diversas especialidades. O espaço destinado para realização de atividades em grupo é o auditório, localizado na ala esquerda do segundo pavimento da Policlínica. É um espaço amplo, climatizado, com cadeiras do tipo escolar, som e televisor.

Sobre a estrutura de recursos humanos, o ambulatório possui uma equipe multiprofissional composta por 05 profissionais: 01 assistente social, 01 enfermeira, 01 médica psiquiatra, 01 médico clínico e 01 psicóloga. A equipe de apoio é composta por 02 técnicas de enfermagem e um auxiliar administrativo responsável pela recepção.

4.3 Participantes do estudo

Para definição dos participantes do estudo, Minayo (2016) faz uma inferência sobre a relevância dos participantes de uma pesquisa. Ela refere que não é apenas o investigador que dá sentido ao seu trabalho intelectual, e sim os seres humanos, os grupos e a sociedade que dão significados e intencionalidades às suas ações e às suas construções, projetando e planejando ações para o futuro (MINAYO, 2016).

Definiu-se que os participantes seriam os trabalhadores da saúde que desenvolvem suas atividades laborais no ambulatório, as pessoas cuidadas no ambulatório e os familiares que os acompanham. A pesquisadora incluiu os familiares neste estudo por entender que a família é ponto essencial no cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Foram compostos dois grupos focais e a seleção dos participantes foi realizada através dos critérios de inclusão e exclusão previamente elencados.

A equipe do ambulatório é composta por um grupo de sete pessoas, predominantemente do sexo feminino, na faixa etária de 32 a 60 anos de idade. A maior parte da equipe é composta por trabalhadores de nível superior, dentre eles: assistente social, enfermeiro, médico clínico, médico psiquiatra e psicólogo; e a outra parte, de nível médio estava representada pelos técnicos de enfermagem. O critério de inclusão utilizado para essa população foi: tempo de atuação maior que seis meses no ambulatório; e foram excluídos aqueles que estavam ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza, assim como os que não desejaram participar do estudo.

Os critérios de inclusão adotados para a participação dos usuários cuidadas no ambulatório foram: pessoas com idade entre 18 a 60 anos, ambos os sexos, que estavam frequentando o ambulatório por pelo menos seis meses regularmente. E o critério de exclusão foi o de não possuir capacidade cognitiva de expor suas ideias e opiniões.

E para a participação dos familiares no grupo focal, incluíram-se aquelas pessoas que possuíam relações consanguíneas ou relações afetivas com a pessoa cuidada. Os critérios de inclusão foram: pessoas entre 18 a 60 anos, ambos os sexos e fundamentalmente, estar acompanhando o seu familiar no processo de cuidado no ambulatório. E o de exclusão adotado foi o de não possuir capacidade cognitiva para expor suas ideias e opiniões.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através da utilização da técnica de grupo focal (GF) que está cada vez mais presente no campo de pesquisa da saúde, da enfermagem, da psicologia e de outras áreas. Ela é indicada quando o pesquisador deseja compreender diferenças e divergências, contraposições e contradições de um determinado tema (GATTI,

2005). O objetivo foi de ouvir e compreender as práticas cotidianas do cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas sob a ótica dos trabalhadores da saúde, das pessoas cuidadas e de seus familiares do ambulatório, e a partir dessa compreensão, pretendeu-se construir orientações para viabilizar o cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas oferecido no ambulatório.

Adotou-se a autora Gatti (2005), a qual traz que

o trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum (GATTI, 2005, p. 11).

Optou-se por utilizar essa técnica, pois ela permite reunir uma quantidade substancial de informações em um período curto de tempo. Além disso, a interação e os processos relacionais do grupo podem favorecer a emergência de respostas ricas em conteúdo ou até novas ideias, e além do baixo custo financeiro. A pesquisadora teve ciência que para utilização desta técnica de coleta de dados, dependeria essencialmente da disponibilidade e da colaboração das pessoas convidadas para os grupos focais, assim como das pessoas convidadas para exercer o papel de observador e relator.

A coleta de dados foi realizada no auditório da Policlínica, localizada no segundo pavimento da unidade, após definição da Gerência de Enfermagem.

As interações foram registradas através de anotações cursivas do observador e do relator e da gravação em forma de áudio. Os registros da comunicação verbal e não verbal foram feitas pelo relator e observador que ficaram atentos a todo o processo do grupo. E para a gravação do áudio foram utilizados dois gravadores de voz posicionados estrategicamente próximos aos participantes a fim de obter gravações nítidas e audíveis.

O grupo de trabalho (GT) do GF foi composto pela pesquisadora, um observador e um relator. O convite foi feito a três estudantes da graduação de convívio da pesquisadora.

Para a formação do grupo focal foram definidos dois grupos heterogêneos conforme critérios de inclusão e exclusão, contendo de seis a doze participantes. Para Gatti (2005), o número ideal é de seis a doze participantes por grupo, pois permite abordar as questões do estudo com maior profundidade através da interação grupal (GATTI, 2005).

Para o Grupo Focal 1 (GF1), o convite foi feito via correspondência eletrônica com mais de um mês de antecedência aos sete trabalhadores da equipe, no qual estava descrito a justificativa, objetivos da pesquisa e a relevância social da pesquisa e da participação de cada um. A pesquisadora sugeriu ao grupo de trabalhadores que o encontro acontecesse na terceira quarta-feira do mês de janeiro de 2019. O encontro foi realizado na data sugerida. Houve participação de apenas cinco trabalhadores da saúde do ambulatório, pois dois deles estavam de férias e ausentes do município. No encontro tiveram a participação como GT a moderadora, um relator e um observador; além dos participantes: o assistente social, a enfermeira, a médica psiquiatra, a psicóloga e uma técnica de enfermagem. Este grupo caracteriza-se por ser predominantemente do sexo feminino, da faixa etária de 32 a 64 anos e com nível superior completo.

Para o Grupo Focal 2 (GF2), o convite foi feito através de contato telefônico com 12 pessoas que se encaixavam nos critérios de inclusão e exclusão, por meio do qual foram informadas sobre a justificativa e os objetivos da pesquisa, e ainda sobre a importância da participação. A pesquisadora sugeriu que o encontro acontecesse na quarta quinta-feira do mês de janeiro de 2019. O encontro foi realizado na data sugerida, com a participação de onze pessoas. Este grupo caracterizou-se pela participação de: 06 usuários, predominantemente do sexo masculino, na faixa etária de 25 a 58 anos e com ensino médio completo; e 05 familiares, predominantemente do sexo feminino, mãe dos usuários participantes deste grupo, na faixa etária de 38 a 58 anos e com ensino médio completo.

Realizou-se apenas um encontro com cada grupo, pois o GT percebeu que as perguntas disparadoras foram respondidas em apenas um encontro e o processo de discussão se tornou repetitivo. E a duração de cada grupo variou entre uma hora e meia e duas horas do início até o fechamento do grupo.

A moderadora iniciou o GF fazendo uma breve apresentação do GT e solicitou que os demais participantes se apresentassem. Em seguida, o moderador compartilhou as informações pertinentes ao estudo como: objetivo do estudo, o porquê da escolha dos participantes, tempo de duração do encontro, as formas de registro do grupo, o compromisso da pesquisadora de garantir o sigilo sobre os participantes do estudo e a anuência de cada um através da leitura e da assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).

A moderadora ressaltou que todo tipo de contribuição e reflexão era de suma importância para pesquisa e que não existia certo ou errado, ou ideia boa ou ruim. O intuito dessa introdução foi a de permitir que os participantes se sentissem à vontade, seguros e livres durante a interação grupal.

A condução dos grupos foi menos estruturada, que para Gatti (2005) favorece a emergência de falas mais densas em relação ao problema, permitindo análises e teorizações mais profícuas (GATTI, 2005). Por esse motivo, a pesquisadora adotou duas questões disparadoras diferentes para cada Grupo Focal.

Para o GF1, as questões disparadoras tiveram o intuito de descrever o entendimento da equipe sobre o cuidado integral e o que era necessário fazer para oferecer o cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Foram utilizadas duas perguntas para disparar o processo de discussão grupal: **1 – O que é cuidado integral? 2 – O que é necessário pôr em prática no ambulatório para oferecer o cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes ao uso do álcool e outras drogas?** Destaca-se que, as perguntas foram impressas em folha de papel A4 e posicionadas no centro da roda para que todos pudessem visualizar e facilitar o processo de discussão.

E para o GF2, as questões disparadoras tiveram o objetivo de conhecer as necessidades e as expectativas que os participantes tinham sobre o cuidado oferecido no ambulatório. Foram feitas duas perguntas para promover a discussão grupal: **1 – Como você chegou até o ambulatório? 2 – Por quais motivos ou necessidades, você buscou ajuda no ambulatório?** Semelhante ao GF1, as duas perguntas disparadoras foram impressas em folha de papel A4 e posicionadas no centro da roda para que todos pudessem visualizar para facilitar o processo de discussão.

Durante as discussões dos Grupos Focais, a moderadora utilizou perguntas empáticas que fez circular a palavra e a participação de quase todos.

Não houve necessidade de outros encontros, pois as questões foram contempladas em um único encontro, os componentes do GT agradeceram a participação de todos.

4.5 Análise dos dados

Após a efetuação do Grupo focal, foram realizadas as transcrições das gravações para análise. Os dados foram organizados e analisados segundo o método de Análise de Conteúdo Temática sugerida por Bardin (2016).

A Análise de conteúdo de Bardin (2016) compreende três fases: Pré-análise, a exploração do material e o tratamento das informações, a inferência e a interpretação. A pré-análise é a fase da organização que tem como propósito a operacionalização e a sistematização das ideias iniciais, conduzindo o pesquisador a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa. A fase de exploração do material analisa o texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente. E a fase do tratamento das informações, inferência e a interpretação, as categorias que serão utilizadas como unidades de análise são submetidas a operações estatísticas simples ou complexas ressaltando as informações obtidas. Finalmente, foram feitas as inferências e as interpretações e a apresentação dos dados de forma descritiva à luz da literatura (BARDIN, 2016).

4.6 Cuidados éticos

Para a realização deste estudo, foi encaminhado a Secretaria de Saúde de Estado do Amazonas um ofício da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – solicitando autorização para desenvolver a pesquisa na Policlínica, onde fica situado o ambulatório. Juntamente com o ofício, foram anexados uma cópia do projeto, o termo de consentimento livre e esclarecido, currículo do pesquisador e orientador e cópia de documentos pessoais, conforme solicitado pela Gerência de Desenvolvimento da Secretaria de Saúde do Amazonas.

A coleta de dados foi amparada pelo Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSC de nº 924.432/2014 (anexo 1) e nº 3.057.573/2018 (anexo 2), uma vez que esta pesquisa compunha o macroprojeto do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS). O Macroprojeto dedica-se a analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial, no Brasil, para a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental. Esta pesquisa se incluiu no item f do objetivo secundário do macroprojeto, que prevê identificar estratégias para ampliar a resolutividade do cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental. Todos os aspectos que envolvem a pesquisa estavam de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, às atividades realizadas, quanto à garantia do sigilo do pesquisador, do direito de participação da pesquisa e de declínio, a qualquer momento. A autorização para participarem da pesquisa foi obtida pela concordância livre e espontânea dos mesmos e expressa mediante a concordância e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme apêndice A e B.

Ainda sobre os aspectos éticos, as falas de cada participante foram distinguidas de forma a manter o anonimato, identificando-os como: participante de 01 a 05 (P01, P02, P03, P04, P05) para o grupo de trabalhadores; usuário de 01 a 06 (U01, U02, U03, U04, U05, U06) para aqueles que recebem o cuidado no ambulatório e, familiar de 01 a 05 (F01, F02, F03, F04, F05) para aqueles que acompanham o usuário no ambulatório durante os atendimentos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados foram divididos em três capítulos: papel do ambulatório na Rede de Atenção Psicossocial; as necessidades e as expectativas dos usuários e seus familiares em relação ao cuidado oferecido no ambulatório e contribuições para a prática do cuidado integral no ambulatório.

No primeiro capítulo, detalha-se sobre o papel do ambulatório perante RAPS do Município a partir da visão dos trabalhadores, assim como as práticas do cuidado integral oferecidas aos usuários de álcool e outras drogas.

No segundo capítulo, desvelam-se as necessidades e as expectativas dos usuários e seus familiares em relação ao cuidado oferecido no ambulatório, além da avaliação desse grupo sobre o ambulatório.

E por fim, no terceiro capítulo descrevem-se as contribuições da pesquisadora para a prática do cuidado integral no ambulatório baseadas nas demandas identificadas nos grupos focais aliadas a sua experiência profissional.

5.1 Papel do ambulatório na Rede de Atenção Psicossocial

Sabe-se que todo ponto de atenção nas Redes de atenção à saúde tem um papel a desempenhar e os ambulatórios desempenham um papel na rede na Rede de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, o capítulo discutirá a função do ambulatório perante as Redes de Atenção a Saúde e a RAPS do município sob a ótica dos trabalhadores desse serviço, os quais trazem incertezas sobre sua função. Ainda serão descritas as estratégias adotadas pela equipe para a prática do cuidado integral as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, além de mostrar o significado do cuidado integral para cada um dos participantes. As falas a seguir ilustram o significado do capítulo:

[...] Porque a gente considera, por exemplo: eu considero que o ambulatório é a última parada. O dependente químico, ele pega um trem e começa nas estações. A primeira é a desintoxicação. A segunda é o CAPS AD, quando ele ainda não

consegue compreender a.. Como é que se diz? A dependência dele. A terceira é o ambulatório, quando ele se prepara para ressocialização [...] (P. 04)

[...] O que não chega neles é.. coisas assim, são quase impossíveis pra qualquer um fora do ambulatório. Tipo um urologista, ele vai passar dois anos na fila de espera do SISREG. Então, o problema não é mais nosso! Do nosso ambulatório. É um problema geral da saúde pública do estado do Amazonas. (P.03)

Exatamente! E aí a gente entra numa questão conceitual. Pra gente ter oficina aqui, a gente deixa de ser ambulatório e faz o papel da outra da rede, dos outros pontos da rede. (P. 02)

[...] Essa é uma dificuldade que a gente precisa conhecer verdadeiramente, a necessidade do paciente. Eu não acredito que o ambulatório tem que ter a responsabilidade de deixar ele empregado, eu acho que não! Mas, a gente precisa ter um viés para encaminhar o paciente. (P. 04)

É um problema social e não é mais problema nosso! (P. 05)

É possível compreender o porquê da equipe não conseguir enxergar sua função diante a RAPS. Historicamente, os ambulatórios de Saúde Mental possuem escassas políticas que regulamentem e delimitem o papel dos ambulatórios na rede. Além disso, desde o surgimento do primeiro ambulatório até a publicação da Portaria nº 3.588/2017, os ambulatórios tinham como função atender casos de baixa complexidade, triagem para internação em hospitais psiquiátricos, atendimentos médico-centrados e psicologizantes, medicalização com psicotrópicos.

A partir da publicação da Portaria nº 3.588/2017, o ambulatório especializado em saúde mental, álcool e outras drogas, do município de Manaus, passou a compor efetivamente a RAPS como ponto da atenção juntamente com os CAPS e suas diversas modalidades. Com a normatização da portaria, a equipe do ambulatório pode se enxergar e se estabelecer nas Redes de Atenção a Saúde (RAS) e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

De acordo com a Portaria, o ambulatório deve receber, preferencialmente, usuários estratificados e encaminhados pela atenção básica municipal ou região. Para usuários que apresentem sofrimento moderado em decorrência do uso de álcool e outras drogas, o ambulatório será responsável por planejar, executar e acompanhar o plano terapêutico desse usuário. Quando necessário e extrapolar as estratégias terapêuticas oferecidas no ambulatório, o usuário poderá ser encaminhado ao CAPS ou para o Centro de dependência química (CRDQ), assim como aos hospitais gerais.

O ambulatório, aqui estudado, tem potencial para se responsabilizar pelas competências descritas na Portaria nº 3.588/2017, como: ampliação do acesso, atenção

multiprofissional, ser referência regional, articulação com as RAS e com a SUAS para garantia de direitos, cuidado transdisciplinar e de atenção intersetorial. Além de ter a possibilidade de ser cadastrada para financiamento como equipe multiprofissional de atenção especializada tipo 1, pois possui em sua equipe um assistente social, um psicólogo e um médico psiquiatra, conforme descrito na Portaria nº3.588/2017 (BRASIL, 2017b).

5.1.1 Práticas cotidianas do cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas

Neste ponto serão descritas as práticas cotidianas adotadas pelos trabalhadores do ambulatório para o cuidado às pessoas em sofrimento decorrente ao uso de álcool e outras drogas. Os participantes relataram algumas estratégias adotadas individualmente para a oferta do cuidado. Ressalta-se que essas estratégias foram citadas isoladamente e em momentos diferentes. São elas: acolhimento, escuta qualificada, vínculo, acesso e corresponsabilização.

[...] Principalmente, quando chega uns casos em que a pessoa chega desesperada que.. No momento do acolhimento, ele sai daqui assim: Meu Deus! Uma solução! Ele sai aliviado! Quando eu vejo que eu consigo amenizar o sofrimento, ajudar na recuperação dessa pessoa. Quando ele sai com a consulta pro dia seguinte, pra mesma semana [...] (P03)

[...] Quando vem é com um papel que não diz nada do paciente, é uma chuva de termos técnicos e eu fico procurando naquele papel de reencaminhamento para o ambulatório.. Onde é que está a pessoa? Eu não consigo ver a pessoa naquele papel, naquela descrição, sabe? Eu não consigo! Porque é uma descrição de coisas técnicas e aí eu guardo o papel, dobro o papel e digo: Agora, eu quero conhecer o Senhor! Eu quero conhecer aquele paciente! [...]. (P04)

[...] É isso que eu acho! Quando eu falo de cuidado integral, eu tenho que primeiro reconhecer quem é aquela pessoa e qual a necessidade da pessoa. Não adianta eu ter a fantasia que eu vou levar ele, encaminhar ele para o CETAM porque nosso serviço tem uma conexão com o CETAM. [...] (P04).

[...] Então, quando a gente entra em contato com outro serviço pedindo que o paciente seja acolhido nessa área, nós não somos atendidos! Não! O paciente não é nosso! (P01).

[...] Atendendo de forma ética, compromissada, atuante, envolvida, genuína mesmo como eu falo, sabe? (...) Então assim, é isso! Isso continuar compromissada, ética, atuante, envolvida e inquieta! Porque se eu não continuar inquieta, no sentido de angústia mesmo, eu vou ficar ali na minha portinha atendendo quem chegar e tal. [...] (P02).

A partir das falas do grupo de trabalhadores, adotou-se a diretriz de acolhimento da Política Nacional de Humanização – PNH como analisador do conjunto de estratégias utilizadas pelo grupo. Essa diretriz é considerada como de maior relevância para qualificação do cuidado, podendo ser praticado em qualquer situação/espços do dia a dia e por qualquer pessoa que seja capaz de afetar-se pelo outro.

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização (2013) define que,

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2013, p.07).

O acolhimento não diz respeito tão somente a um ato ou uma ação de aproximação, ou um “estar com” e um “estar perto de”, diz respeito, ao acesso a serviços de saúde, à escuta do usuário, à atenção as suas necessidades, à construção de vínculos, a corresponsabilidade, e, sobretudo diz respeito à resolubilidade dos encontros. Nesse sentido, o acolhimento se desenvolve durante toda a relação do usuário com o trabalhador e com o serviço de saúde. Entretanto, é necessário priorizar o acolhimento a pessoas que estão em maior risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2010; ZEFERINO, FIALHO et al., 2018).

Entende-se resolubilidade como um ato de oferecer uma resposta adequada ao que os usuários e as comunidades entendem que deve ser a vida e a saúde no seu contexto, ou seja, é a capacidade do sistema de oferecer uma resposta adequada ao usuário que busca os serviços de saúde para resolução de alguma necessidade de saúde. Salienta-se que a resolubilidade não se restringe à cura de doenças, mas também ao alívio ou minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde (ASSIS et al, 2015, ASSIS et al, 2007).

Para a Política Nacional de Humanização (2013), só é possível efetivar o acolhimento a partir da oferta da escuta qualificada às necessidades dos usuários no processo de produção de cuidado. A escuta qualificada é classificada por Merhy e Onocko (2007) como uma tecnologia leve que permite a produção de relações envolvidas nos encontros entre

trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança ((BRASIL, 2013, MERHY; ONOCKO, 2007).

O objetivo da escuta é a de auxiliar o usuário a reconhecer e reconstruir os motivos pelos quais ocasionaram o seu sofrimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e o contexto de sua vida. A escuta deve ser um momento de alto grau de importância em que o trabalhador se dispõe a ouvir o outro, deixando de lado o conhecimento técnico-científico para ouvi-lo como alguém portador de conhecimentos sobre o mundo e sobre si mesmo. A escuta é o ponto de partida do processo de vinculação entre usuário/comunidade e trabalhador/serviços de saúde (ZEFERINO; FIALHO et al., 2018, PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Para Merhy (1997), criar vínculo é ter relações próximas e claras em que o profissional/equipe de saúde se sensibilize com o sofrimento ou a demanda dos usuários. A partir da criação do vínculo, há possibilidade de se integrar a comunidade ao serviço de saúde, tornando-se referência para o usuário e para aquela comunidade e de se estimular a autonomia individual e coletiva. Nesse sentido, o vínculo para Assis et al (2015) pode facilitar a ampliação dos laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico e conseqüentemente, a corresponsabilização (MERHY, 1997, ASSIS et al, 2015).

A corresponsabilização é traduzida como a capacidade de perceber as singularidades e de investir na capacidade individual e coletiva de fazer escolhas. Por outro lado, há o compromisso do profissional em assumir a indicação e a garantia dos caminhos a serem percorridos para a resolução do problema, sendo assim, aqui não cabe à transferência de responsabilidade a outra instância decisória ou nível de atenção (SANTOS et al, 2008, MERHY, 1997).

Para tornar efetivo o acolhimento é fundamental o acesso aos espaços de produção de saúde, independentemente dos métodos utilizados. Para Zeferino, Fialho et al (2018), a produção de saúde depende da garantia de acesso a ações e serviços integrais, que devem articular ações de promoção, prevenção e reabilitação, com o intuito de oferecer práticas de saúde resolutivas e de qualidade. O acesso aos serviços de saúde não se refere somente a porta de entrada do usuário ao SUS, mas também a possibilidade de o usuário percorrer o caminho em busca de atendimento às suas necessidades de saúde, configurando-se em um

dispositivo transformador da realidade (ZEFERINO; FIALHO et al., 2018, JESUS; ASSIS, 2010).

Assim, percebe-se que o modo de fazer da equipe é semelhante a diretriz de acolhimento da Política Nacional de Humanização. O modo de fazer do grupo se dá a partir do acolhimento, no qual oferecem a escuta com o intuito de reconhecer as necessidades do usuário, de amenizar os sofrimentos, criar vínculos, tornar-se referência para os usuários, corresponsabilizar-se pelo atendimento e pelas possíveis resoluções no espaço ambulatorial.

[...] Atendendo de forma ética, compromissada, atuante, envolvida, genuína mesmo como eu falo, sabe? (...) Então assim, é isso! Isso continuar compromissada, ética, atuante, envolvida e inquieta! Porque se eu não continuar inquieta, no sentido de angústia mesmo, eu vou ficar ali na minha portinha atendendo quem chegar e tal (P02).

[...] Principalmente, quando chega uns casos em que a pessoa chega desesperada que.. No momento do acolhimento, ele sai daqui assim.. Meu Deus! Uma solução! Ele sai aliviado! Quando eu vejo que eu consigo amenizar o sofrimento, ajudar na recuperação dessa pessoa. Quando ele sai com a consulta pro dia seguinte, pra mesma semana [...] (P03)

Os participantes afirmam seu compromisso com a ética e com a responsabilidade. E os acolhimentos realizados possuem resolubilidade, que para o grupo se configura através de agendamento de consultas médicas e/ou exames no âmbito da policlínica e encaminhamento para outros serviços, independente se há eficácia ou não no local.

Entretanto, para ser denominado como prática de cuidado integral no ambulatório baseado na literatura é necessário que as ações que compõem o cuidado integral (acolhimento, escuta, vínculo, acesso aos serviços de saúde e corresponsabilização) sejam praticadas de forma dinâmica e simultânea, e não de forma fragmentada como exposto pelo grupo.

Ainda durante o encontro, notou-se que com frequência surgiram afirmações claras de que o modo de fazer da equipe permite oferecer o cuidado integral no ambulatório e, essa afirmação foi proferida por quatro dos cinco participantes do grupo.

[...] Mas, eu vejo que a nossa parte a gente faz! (P02)

[...] Eu acredito que a gente faz esse... Esse cuidado integral. (P01)

[...] É tanta gratidão que eles tem que eu acho assim, que eu acho que tô fazendo meu papel bem feito! Eu posso até ter uns erros de técnica e isso, porque eu sou nova na parte de dependência [...] (P03)

[...] Nós fazemos sim o cuidado integral no ambulatório. (...) Então, eu dou o meu melhor com a consciência muito clara de que se eu posso, diante de todo o contexto

que estamos vivendo, se eu posso ir até aqui. Eu quero ir até aqui fazendo o meu melhor! (P04)

Ao observar as falas dos participantes, notou-se um contra ponto nos relatos que se assemelham com o significado de cultura organizacional. Em razão disso, adotou-se essa expressão para desvelar as falas trazidas pelo grupo.

O termo cultura partiu de estudos antropológicos e foi inserido no meio acadêmico através de um artigo publicado em 1979 por Pettigrew. O autor enfatizou a importância de analisar as organizações mediante certas manifestações culturais, tais como símbolos, mitos e rituais. A partir de então, adotou-se as expressões cultura organizacional e cultura corporativa por pesquisadores como um conceito-chave para compreensão dos fenômenos organizacionais (TAMAYO, 2004). E para o autor, a cultura organizacional fundamenta-se em "um sistema de significados público e coletivamente aceitos para um dado grupo, em certo período de tempo" (Pettigrew, 1979, p. 574).

Para Mintzber et al. (2000) a cultura organizacional é a pedra fundamental da organização. As organizações são movidas por pessoas que trazem consigo crenças, tradições, hábitos e que compartilham entre si essas experiências no ambiente laboral e assim criam a cultura da organização própria e singular (MINTZBERG et al., 2000).

Chiavenato (2010) faz uma analogia entre a cultura das organizações e a cultura mundial, quando refere que as organizações se caracterizam por possuir cultura própria e específica, assim como cada país possui sua própria cultura (CHIAVENATO, 2010).

Schein (2009) define que,

Cultura é um fenômeno dinâmico que nos cerca em todas as horas, sendo constantemente desempenhada e criada por nossas interações com outros e moldada por comportamento de liderança, em um conjunto de estruturas, rotinas, regras e normas. Quando alguém introduz a cultura no plano que orientam e restringem o comportamento da organização e de seus grupos internos, pode-se ver claramente como a cultura é criada, inserida, envolvida e, finalmente, manipulada e, ao mesmo tempo, como restringe, estabiliza e fornece estrutura e significado aos membros do grupo. Esses processos dinâmicos da criação e do gerenciamento da cultura são a essência da liderança e fazem-nos perceber que a liderança e cultura constituem lados da mesma moeda. (SCHEIN, 2009, p. 1).

Ainda para Schein (2009) a cultura organizacional consiste em um

Padrão de pressupostos básicos que o grupo criou, descobriu ou desenvolveu, aprendendo a lidar com seus problemas de adaptação externa e integração interna, os quais funcionam suficientemente bem, podendo, assim, ser ensinados aos novos membros como modo correto de perceber, pensar e sentir em relação àqueles problemas (Schein, 2009, p.9).

Para Alvesson (1993) a cultura envolve uma forma de pensar a prática social que não tem relação direta com um único objeto empírico. Desse modo, a cultura organizacional envolve, então, "as experiências, significados, valores e compreensões associados ao meio ambiente, que são aprendidos e compartilhados, e que se expressam, se reproduzem e são comunicados, pelo menos parcialmente, de forma simbólica"(ALVESSON, 1993, p.3).

Por cultura organizacional entende-se um conjunto de hábitos e crenças estabelecidas por meio de normas, valores, atitudes e expectativas compartilhadas por todos os membros da organização. São normas informais e não escritas que tem o objetivo de orientar o comportamento dos membros de uma organização e que direcionar suas ações para o cumprimento dos objetivos organizacionais. O fenômeno é caracterizado como um iceberg: a parte visível ou observável são os aspectos formais, relacionados aos aspectos operacionais e de tarefas; enquanto as partes invisíveis ou ocultas estão relacionadas a questões afetivas, emocionais e, voltadas a aspectos sociais e psicológicos, por vezes difíceis de interpretar e compreender, transformar ou mudar (CHIAVENATO, 2010).

A literatura acadêmica traz diversos conceitos sobre cultura organizacional, porém com semelhanças importantes entre si. Por esse motivo, decidiu-se priorizar as referências de Edgar Schein (2009) por entender ser uma literatura de alta relevância acadêmica, além de ser clara e objetiva. Schein (2009) refere que qualquer cultura de grupo pode ser estudada através de três níveis distintos de observação, a saber: o nível de seus artefatos, o nível de suas crenças e valores expostos e o nível de suas suposições básicas prevalecentes (SCHEIN, 2009, p. 33).

O nível artefatos é constituído por estruturas e processos organizacionais visíveis como a arquitetura, a linguagem do ambiente organizacional, a tecnologia, formas de vestimentas, os documentos públicos, dentre outros. Esses elementos culturais são facilmente observáveis, porém de difícil interpretação, eles não explicam por si sós fatores mais

complexos e intrínsecos da cultura organizacional (SCHEIN, 2009, ESTOL; FERREIRA, 2006).

No segundo nível encontram-se as crenças e os valores expostos, ou seja, as justificativas ou racionalizações utilizadas para explicar e prever os atos dos membros da organização. Schein (2009) define o segundo nível como: “Estratégias, metas, filosofias” (SCHEIN, 2009, p. 24). Pode-se afirmar que estas crenças e valores expostos são soluções propostas por líderes que auxiliam as decisões organizacionais, em um nível menos difundido, além de serem manifestos racionais de comportamento apresentadas de maneira idealizada. Neste sentido, as crenças e valores expostos seriam a etapa de validação ao surgimento das suposições básicas (ESTOL; FERREIRA, 2006, MACHADO; MARANHÃO; PEREIRA, 2015).

O terceiro e último nível é considerado por Schein (2009) o de maior relevância para análise das culturas organizacionais. Para o autor, as suposições básicas são em sua definição: crenças, percepções, pensamentos e sentimentos inconscientes, assumidos como verdadeiros (...) (SCHEIN, 2009, p.24). Em outras palavras, são valores e crenças abstratas, que emergem no ambiente cognitivo de todos os membros da organização, traduzindo-se em um conjunto de percepções e ações padronizado. O autor entende que esse nível é fundamental para toda a explicação dos fenômenos relacionados à cultura organizacional de uma empresa, uma vez que é possível extrair todos os significados das ações e percepções daquele ambiente corporativo, que não se apresentam de maneira formal, ainda que sejam os principais responsáveis pelo modo através do qual os membros sentem, percebem e pensam a organização (MACHADO; MARANHÃO; PEREIRA, 2015, ESTOL; FERREIRA, 2006).

Para entender a lógica da cultura organizacional nas instituições públicas do país, é necessário caracterizar a gestão nessas instituições, pois o formato da cultura organizacional é condicionado à história e às estruturas de cada organização. Historicamente, o Brasil passou por três modelos básicos de modernização da administração pública: o patrimonialista, o burocrático e o gerencial.

O modelo patrimonialista vigorou no País a partir do século XVI – período do Brasil Colônia – até a década de 1930, em que

o aparelho do Estado funciona como uma extensão do poder do soberano, e os seus auxiliares, servidores, possuem status de nobreza real. Os cargos são considerados prebendas. A res publica não é diferenciada das res principis. Em consequência, a corrupção e o nepotismo são inerentes a esse tipo de administração (BRASIL, 1995, p. 15).

Nesse período, os bens públicos eram utilizados em benefício próprio dos governantes e de seus subordinados, não havendo diferenciação sobre o patrimônio público e privado e apenas beneficiando uma pequena parcela da sociedade. Esse modelo caracteriza-se por ser de uma administração corrupta, nepotista e que dilapidava o patrimônio público, tendo como reflexo principal o grande prejuízo à população (REK, 2014).

Com o intuito de erradicar o modelo de administração prejudicial “a coisa pública”, surgiu na segunda metade do XIX, o modelo burocrático

como forma de combater a corrupção e o nepotismo patrimonialista. Constituem princípios orientadores do seu desenvolvimento a profissionalização, a ideia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo, em síntese, o poder racional-legal. Os controles administrativos visando evitar a corrupção e o nepotismo são sempre a priori (...). Por isso são sempre necessários controles rígidos dos processos, como por exemplo, na admissão de pessoal, nas compras e no atendimento a demandas. (BRASIL, 1995, p.15)

Nesse período houve a diferenciação e a segregação do patrimônio público do privado, a presença exagerada do formalismo e a excessiva preocupação com controles, o que tornou a administração pública rígida, engessada e pouco eficiente. Conseqüentemente, o Estado voltou-se para si mesmo, perdendo a noção de sua missão básica, que é a de servir à sociedade. De modo geral, a administração pública burocrática tem efetiva ação no controle dos abusos, porém é lenta, cara, auto referida, pouco ou nada orientada para o atendimento das demandas dos cidadãos (REK, 2014, BRASIL, 1995).

Desta forma, a administração pública burocrática permaneceu em voga por pouco tempo, pois não obteve êxito em atender as necessidades sociais e foi substituído por um modelo inovador de gerenciamento público, o modelo gerencial.

Emerge na segunda metade do século XX, como resposta, de um lado, à expansão das funções Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado 16 econômicas e sociais do Estado, e, de outro, ao desenvolvimento tecnológico e à globalização da economia mundial, uma vez que ambos deixaram à mostra os problemas associados à adoção do modelo anterior. A eficiência da administração pública - a necessidade

de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário - torna-se então essencial. A reforma do aparelho do Estado passa a ser orientada predominantemente pelos valores da eficiência e qualidade na prestação de serviços públicos e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações (BRASIL, 1995, P. 15-16).

A mudança de modelo teve sua efetiva ascensão no ano de 1995, com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado.

Administração pública gerencial mantém sua base nos aspectos positivos do modelo burocrático, porém mais flexíveis, tais como: a admissão segundo rígidos critérios de mérito, a existência de um sistema estruturado e universal de remuneração, as carreiras, a avaliação constante de desempenho, o treinamento sistemático. Diferente da burocrática, a forma de controle fundamenta-se nos resultados e não nos processos, e a descentralização e a redução dos níveis hierárquicos tornam-se essenciais. Sendo assim, essa administração tem o intuito de obter bons resultados, através da busca pela eficiência, simplificação de processos, economia de recursos, serviços públicos de qualidade, a adequada administração do patrimônio público e, essencialmente, foco no cidadão. Além de permitir e estimular a maior participação dos agentes privados e o controle social (BRASIL, 1995, REK, 2014).

Esse modelo de administração permanece até hoje nos serviços públicos do país, porém ainda se notam ações veladas no dia a dia das instituições públicas brasileiras que permeiam entre o patrimonialismo e o burocrático, como por exemplo, “apadrinhamento político, relações de favorecimento pessoal e privilégios que contornam as normas formalmente instituídas” (SÁ, 2004, p. 03).

Em suma, o perfil da cultura nas organizações públicas brasileira ainda reúne aspectos da administração patrimonialista e burocrática. Alguns autores consideram que a meritocracia pode não ser suficiente para assumir responsabilidades políticas inerentes aos detentores de decisão do alto escalão, cujos critérios utilizados para a nomeação não são apenas técnicos, mas também a representatividade de partidos políticos, grupos de interesse ou arranjos federativos; e o critério de confiança (PACHECO, 2002 apud SÁ, 2004).

As instituições públicas de saúde do país seguem a mesma linha cultural das demais instituições pública, porém adiciona os princípios democratizantes e de equidade que são os

pilares do movimento da reforma sanitária. Nesse sentido, busca-se incansavelmente propostas inovadoras para os modelos de assistência e de gestão (AZEVEDO, 2002).

[...] É tanta gratidão que eles tem que eu acho assim, que eu acho que tô fazendo meu papel bem feito! Eu posso até ter uns erros de técnica e isso, porque eu sou nova na parte de dependência [...] (P03)

Nesse contexto, percebeu-se através das falas do grupo, a forte influência cultural na construção da cultura organizacional do ambulatório, tendo em vista que é o único na cidade a oferecer essa especialidade. A crença de que se oferece cuidado integral às pessoas é resultado das experiências, dos hábitos e das crenças individuais vividas e compartilhadas entre o grupo no dia a dia do trabalho. Experiências essas que são utilizadas para justificar os atos praticados no ambiente organizacional e que são bem aceitos pela sociedade, a qual preza por soluções imediatistas (encaminhamentos, agendamento de consultas/exames, renovação de receitas).

Nesse sentido, há algo peculiar na saúde mental que é a cultura do encaminhamento como sinônimo de resolubilidade. Essa cultura é fortemente influenciada pela organização do cuidado baseado no grau de gravidade e que, historicamente, os ambulatórios foram criados para prestar assistência psiquiátrica e psicológica a aqueles que possuíam doença mental de baixa intensidade. A caricata lógica da referência e contra referência¹ continua a dicotomizar o cuidado e a fragilizar as relações entre profissional e usuário do SUS. Esse modo de fazer ainda permanece arraigado no sistema de saúde dificultando a oferta do cuidado integral (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Por outro lado, perceber a satisfação dos usuários através da demonstração de gratidão acaba sendo um balizador das práticas para equipe. Ora, se eu estou fazendo dessa forma e estou recebendo um *feedback* positivo, vou continuar nessa linha de trabalho mesmo sabendo que não é o politicamente correto. Percebe-se que a equipe preza pela qualidade do

¹ Os termos referência e contra referência foram substituídos pelo termo “trabalho em rede”, a partir da publicação da Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das RAS no SUS. (BRASIL, 2010c). Entretanto, ainda é utilizado com frequência por trabalhadores da saúde.

serviço mediante a satisfação do usuário, mesmo que as políticas públicas de saúde não sejam praticadas *ipsis litteris*.

Sendo assim, no ambulatório, percebe-se a criação de uma cultura organizacional e a crença de que “se determinada ação está sendo bem aceita pela população adscrita, está correta”. No entanto, é de conhecimento dos trabalhadores que SUS possui uma gama de leis, portarias e decretos de fácil acesso que guiam os trabalhadores da saúde nas suas ações de produção de saúde. Ademais, as legislações não são de simples entendimento, pois para compreender e aplicá-las de forma correta e eficaz, faz-se necessário debruçar-se sobre as políticas com um olhar crítico e contínuo. É nesse ponto que a educação permanente em saúde exerce um papel fundamental para a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, podendo assim oferecer um cuidado de qualidade.

É visível o esforço, o comprometimento e a dedicação do grupo de trabalhadores ao oferecer o cuidado aos usuários que procuram ajuda. Uma vez que ambulatórios de saúde mental, álcool e outras drogas ainda não estão disseminados no Brasil pela própria legislação do Ministério da Saúde e que o modo de fazer desse ambulatório foi construído a partir das experiências, crenças e valores dos trabalhadores desse ambulatório, se tornando uma cultura única e peculiar a este serviço.

Ainda durante o processo de discussão, notaram-se dois entendimentos distintos sobre cuidado integral: um baseado nas necessidades dos usuários e outro baseado em práticas hegemônicas de saúde. Os entendimentos estão descritos nos recortes das falas abaixo:

[...] O que me vem na cabeça: cuidado é todo aquele que atende as necessidades do indivíduo. Isso é integral! Todo indivíduo tem necessidades alguns mais e outros menos, né? Mas, quando a gente consegue atender as necessidades daquele indivíduo, a gente tá oferecendo a integralidade para ele. [...] (P04).

[...] Aí a questão da integralidade, esse acesso que ele possa responder a minha necessidade. Então, o acesso é a minha necessidade de um determinado momento que pode ser de uma vacina, mas pode ser de um transplante [...] (P01).

[...] Eu acho que essa ideia quando eu vejo integral, eu tô pensando nesse paciente em várias dimensões, tanto em termos de emprego, tanto em termo de empregabilidade, de escolaridade, de vida afetiva né? Porque a gente sabe que tudo isso é gatilho! Seja na vida emocional, ou seja, na vida social [...] (P01).

[...] Então, esse é um desafio que nós encontramos, é a ressocialização na dependência química. E eu penso que ressocializar é um dos cuidados que nós oferecemos e q tá... Como é que se diz? Está nesse sentindo do cuidado integral, né? (P04).

[...] Assim, no sentido macro, o que é o cuidado integral? Pra mim, é uma oferta de cuidado verdadeira! Quando eu digo verdadeira, é genuína de profissionais que realmente se importam e gostam do que fazem para poder oferecer o cuidado para uma pessoa, em diversas especialidades. Ponto! [...] no ambulatório? São as especialidades juntas: enfermagem – enfermeiro e técnicos, serviço social, psiquiatria, medicina com médico e psicologia tentando trabalhar juntos. Assim, tentando oferecer o cuidado para essa pessoa. [...] Eu acho que o cuidado integral só pode ser feito com várias ciências juntas. (P02).

[...] Eu acho que a gente tenta dar esse cuidado integral sim aos pacientes do ambulatório! Prova disso que nós temos um médico clínico. A gente não vê só a dependência [...] (P03).

Parte do grupo entende que o cuidado integral é baseado nas necessidades dos usuários, corroborando com a assertiva proposta por Pinheiro e Mattos (2006), o qual descreve que integralidade é indissociável ao cuidado, e que ela é exercida através da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário requer ao buscar ajuda profissional (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Cuidado é uma expressão “plural” que não significa o cuidar de si próprio, mas o cuidado com o outro sem intenção ou pretensão. Significa uma atitude que demonstra preocupação, responsabilização e solidariedade com a dor e o sofrimento do outro. Assis e Jesus (2012) inferem que a produção do cuidado integral deve ser pensada e realizada com base nas necessidades sociais determinadas, além de realizar intervenções de forma articulada e corresponsabilizada. E para alcançar o cuidado integral é necessária a utilização de ferramentas que vão além de ações de conhecimento técnico e científico, mas que também se apropriem dos campos políticos, sociais, organizativos, simbólicos e relacionais (BRASIL, 2010, ASSIS; JESUS, 2012, ASSIS et al, 2015).

Sendo assim, o cuidado integral é exercido em qualquer ato ou encontro entre indivíduos para a produção de saúde, implicando na construção de projetos de vida ou modos de “andar a vida”, principalmente se contrapondo a práticas reducionistas que focam na supressão de sintomas (ASSIS; JESUS, 2012, PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Ainda para o grupo de trabalhadores, a ressocialização está inserida no significado de cuidado integral. Utilizaram a palavra ressocialização como sinônimo de recuperação da saúde, conforme descrito no art. 5º da Lei nº 8.080 de 1990: assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas e de reabilitação psicossocial

(como a necessidade de aumentar as habilidades da pessoa, para diminuir as deficiências e os danos das experiências dos transtornos mentais) (BRASIL, 1990, SARACENO, 2001).

Outra parte do grupo entende que o cuidado integral é amparado em práticas hegemônicas de saúde que valoriza os saberes e as práticas biomédicas.

As práticas biomédicas foram baseadas em Descartes (2001) que definiu regras básicas para o método indutivo de investigação, em que ele afirma que é necessária a comprovação exata para que a verdade seja encontrada. Trazendo essa metodologia para área da saúde, Mallmann e Rocha (2017) afirmam que as especializações na saúde tomam sentido enquanto ciência analítica, quando prevê que a soma das partes é capaz de constituir um todo. E o processo saúde/doença estabelece uma relação análoga a uma máquina que é capaz de ser compreendida a partir dos seus mecanismos de funcionamento e junção das peças para formação do todo (DESCARTES, 2001, MALLMANN; ROCHA, 2017).

A nomenclatura adotada de práticas hegemônicas de saúde para esta análise baseia-se no que Teixeira (2002) traz sobre modelo hegemônico de saúde. É o modelo de atenção à saúde mais conhecido no Brasil, em que as ações de saúde são centradas na clínica, os meios de trabalho são as tecnologias médicas, voltados para o atendimento da demanda espontânea e baseada em procedimentos e serviços especializados. Essas ações são apreciadas pela mídia, pela categoria médica e demais trabalhadores da saúde, por políticos e pela população medicalizada (TEIXEIRA, 2002).

O grupo demonstrou-se em diversos momentos divididos sobre o significado de cuidado integral. Ora concordavam com o significado baseado nas necessidades dos usuários, ora em práticas hegemônicas de saúde.

[...] Eu acho que essa ideia quando eu vejo integral, eu tô pensando nesse paciente em várias dimensões, tanto em termos de emprego, tanto em termo de empregabilidade, de escolaridade, de vida afetiva né? Porque a gente sabe que tudo isso é gatilho! Seja na vida emocional, ou seja, na vida social [...] (P01).

Entendem que o cuidado integral transcende as dimensões do cuidado ofertado no processo saúde/doença e que se sustenta na resolubilidade das necessidades trazidas pelo usuário, sejam elas de ordem familiar, educacional, social ou de saúde.

[...] Então, esse é um desafio que nós encontramos, é a ressocialização na dependência química. E eu penso que ressocializar é um dos cuidados que nós oferecemos e q tá... Como é que se diz? Está nesse sentindo do cuidado integral, né? (P04).

Os participantes também compreendem que o cuidado integral inclui ações que recolquem o usuário no seu modo de “andar a vida”.

[...] Eu acho que a gente tenta dar esse cuidado integral sim aos pacientes do ambulatório! Prova disso que nós temos um médico clínico. A gente não vê só a dependência [...] (P03).

[...] Assim, no sentido macro, o que é o cuidado integral? Pra mim, é uma oferta de cuidado verdadeira! Quando eu digo verdadeira, é genuína de profissionais que realmente se importam e gostam do que fazem para poder oferecer o cuidado para uma pessoa, em diversas especialidades. Ponto! [...] no ambulatório? São as especialidades juntas: enfermagem – enfermeiro e técnicos, serviço social, psiquiatria, medicina com médico e psicologia tentando trabalhar juntos. Assim, tentando oferecer o cuidado para essa pessoa. [...] Eu acho que o cuidado integral só pode ser feito com várias ciências juntas. (P02).

Em contrapartida, os participantes entendem que o cuidado integral deve ser conduzido com ações a partir da doença, centrado na figura médica e nas diversas especialidades do campo da saúde. Percebe-se também a satisfação quando a demanda do usuário é resolvida através de solicitação de exames, prescrição de medicamentos ou agendamento de consultas. Apesar de este modelo ser ultrapassado, ainda é frequentemente praticado e supervalorizado. Portanto, é necessária a junção e o compartilhamento das percepções para que o grupo inicie a efetivação da produção de cuidado integral a saúde em sua totalidade, evitando, assim, a assimetria entre visões e saberes profissionais e pessoais.

5.2 Usuários e familiares: necessidades e expectativas em relação ao cuidado oferecido no ambulatório

Conhecer as necessidades e expectativas dos usuários e seus familiares sobre o ambulatório é fazer valer o método da tríplice inclusão nos serviços de saúde. Esse método é descrito pela Política Nacional de Humanização, a qual considera a inclusão dos usuários do

SUS de grande valia para melhoria dos serviços e principalmente, na possibilidade da construção de políticas públicas e serviços a partir da real necessidade da população.

Este capítulo tem o intuito de responder o terceiro objetivo específico proposto nesse estudo. A partir dos resultados, foi subdividido em três tópicos: Como ficamos sabendo da existência do ambulatório, necessidades e expectativas e como avaliamos o ambulatório.

5.2.1 Como ficamos sabendo da existência do ambulatório

Para chegar até o ambulatório, os usuários não precisam obrigatoriamente de encaminhamento de algum profissional de saúde da rede. O serviço funciona de portas abertas e recebe qualquer pessoa que necessite de ajuda profissional.

A partir das falas dos usuários e seus familiares, observa-se que tomaram conhecimento do ambulatório por meio de encaminhamento dos dispositivos da RAPS, assim como dos grupos de ajuda mútua ilustrado nas falas a seguir:

Eu conheci aqui através de um amigo meu, através de uma partilha minha dentro do grupo N.A. (U05)

[...] Me disseram que era lá no Eduardo Ribeiro e falaram que era pra buscar uma outra unidade e aí eu falei assim: Se puder me ajudar, me dando o endereço, eu vou! (...). Porque quem tá precisando sou eu. Aí a menina com boa vontade, me disse onde que era (...) aqui é o centro, na hora foi o que eu escolhi porque aqui é centro. (U02)

[...] Ai ficou doente. Foi lá pro Platão e passou um monte de dia internado lá (...) E deram encaminhamento pra cá. (F01)

Eu vim pra cá após uma internação. Durante essa internação, onde eu me internei, na clínica, No CRDQ. E aí me deram, quando foram me dar o encaminhamento após o término do tratamento, né? (U04)

Dois deles chegaram à unidade por intermédio dos grupos de ajuda mútua (narcóticos anônimos – N.A), um deles pelo do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER), outro do Hospital e Pronto Socorro Dr. Aristóteles Platão Bezerra de Araújo, e por fim, o outro do Centro de Reabilitação em Dependência Química (CRDQ) Ismael Abdel Aziz.

Os pontos de atenção relatados acima fazem parte dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial definida através da Portaria nº 3.588/2017 que descreve os pontos de

atenção, responsabilidades, estrutura física, dentre outros pontos (BRASIL, 2017b). Excetuando-se os grupos de ajuda mútua.

Corroborando com o levantamento realizado e apresentado acima para a caracterização da população atendida nesse ambulatório, os usuários tomam conhecimento sobre esse ponto de atenção nos grupos ajuda mútua, no caso é o N.A, e chegam ao serviço por demanda espontânea.

Os grupos de ajuda mútua em Manaus são importantes estratégias de apoio às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esses grupos são organizados por ex-dependentes e têm como base a troca de experiências, o aconselhamento e a religião. Os grupos não seguem nenhuma teoria específica, pois trabalham baseando-se em relatos de experiências vividas por outros dependentes que, desta forma, percebem o seu problema de outra maneira. No Brasil, existem diferentes tipos de grupos de acordo com a dependência: A.A (Alcoólicos Anônimos) direcionado aos alcoólicos; N.A. (Narcóticos Anônimos) para os dependentes químicos; o Amor Exigente e ALANON são para familiares de dependentes; e, para os adolescentes existe o ALATEEN (BRASIL, 2006).

O Amazonas possui 27 grupos de Narcóticos Anônimos, segunda maior representatividade no Norte do Brasil, atrás apenas do Estado do Pará que possui 35 grupos. O N.A é derivado do grupo de Alcoólicos anônimos, em que participam homens e mulheres adictos em recuperação, e se reúnem regularmente para se ajudarem a se manterem longe do uso de drogas. O grupo segue os Doze Passos de N.A, semelhante ao A.A, que serve como motivação aos membros empenho na recuperação, além de ser um meio para de se alcançar a compreensão pessoal dos princípios espirituais de cada passo e o significado de cada um deles (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2019, MENDONÇA, 2018).

Além do destaque sobre os grupos de N. A, é relevante ressaltar sobre a escolha do usuário pela localização do ambulatório, pois o ambulatório situa-se em uma das avenidas mais importantes do centro da cidade facilitando a chega dos usuários através do transporte público. Ademais, essa unidade situa-se nas proximidades do porto de Manaus, aonde, diariamente, chegam dezenas de barcos trazendo pessoas do interior do Estado, em busca de ajuda para as necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Portanto, para esse ambulatório é de suma importância conhecer a procedência dos usuários, principalmente daqueles que vieram encaminhados por dispositivos não pertencentes ao setor saúde. Partindo desse conhecimento, será possível estreitar os laços com esses grupos com o intuito de, apoiá-los quando houver a necessidade de cuidados em saúde a algum dos usuários e de promover ações de prevenção ou redução de danos à comunidade.

5.2.2 Necessidades e expectativas dos usuários e seus familiares

Este é um ponto chave para o estudo relacionado à inclusão da população nos serviços de saúde. Os usuários e seus familiares destacaram dificuldades em obter medicamentos na farmácia da policlínica, e principalmente, relataram que não recebem orientação suficiente sobre sua terapia medicamentosa. Podem-se observar esses relatos nos recortes a seguir:

[...] Eu digo assim, sobre a medicação precisa de melhoria no ambulatório. Porque às vezes, a gente procura e não encontra! Tanto é que a maioria, eu compro. (F04)
 [...] Todo mundo ai questiona muito isso, mas eu faço. Eu pelo menos quando não tem, eu não vou deixar de tomar por causa disso. Eu vou e compro. Eu tento comprar! Porque não tem outra alternativa. Porque eu não posso ficar sem a medicação e nem a mercê do governo, da prefeitura, de quem quer que seja. (U04)
 [...] Eu poderia ter mais comunicação através dos meus medicamentos: pra quê que eles servem, pra quê que eles vão servir futuramente. (...) Mas, a medicação que eu tô tomando, eu não tenho ainda total segurança do que eu vou fazer com eles. (U03)

É possível perceber pelos relatos que, na farmácia dessa unidade, faltam alguns medicamentos. Entretanto, não foram citados na discussão os medicamentos que eles estavam com dificuldades de encontrar. Ainda deixaram claro em seus relatos que eles sempre arrumam uma forma de obter os medicamentos prescritos pelos médicos, mesmo não tendo condições financeiras compatível com a manutenção do tratamento, pois têm ciência de que não podem permanecer sem seus medicamentos, dado o risco de apresentarem um surto psicótico ou ter uma recaída.

Sabe-se que o SUS possui em suas políticas a Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída através da Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, dispondo

que MS estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) em todos os níveis de atenção, desde a atenção básica, a especializada e a hospitalar, assim como insumos essenciais para o funcionamento desses setores. Teoricamente, todas as farmácias das unidades de saúde do SUS devem estar atualizadas e abastecidas com todos os medicamentos, conforme competência e nível de atenção (BRASIL, 2018b).

Sobre o outro ponto de insatisfação ao ambulatório, diz respeito ao cuidado ofertado pela equipe. O usuário traz, em sua fala, a necessidade de ter mais informação sobre seu tratamento, especificamente sobre o uso das medicações.

Esse é ponto chave que justifica a implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no ambulatório como uma das estratégias para tornar o cuidado integral efetivo. Observa-se que essa equipe tenta trabalhar com essa estratégia, porém trabalham de forma não sistematizada e cada um da forma que conhece.

Para o Ministério da Saúde (2015) o PTS configura-se como uma estratégia única de organização do cuidado, construída coletivamente no trabalho em equipe e exclusiva para cada pessoa. Com a ativa participação do usuário e dos demais envolvidos, por intermédio de suas histórias, vivências e dos seus níveis de contratualidade. Considera-se esse modelo como um efetivo organizador do cuidado, pois estimula a corresponsabilização, garante a autonomia do sujeito, além de organizar os processos de trabalho e fortalecer o trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2015).

E em relação às expectativas do grupo, foram citadas algumas sugestões de melhoria a partir da vivência de cada um participante. Observam-se essas sugestões a partir das falas abaixo:

[...] Se o profissional ligar para o responsável do dependente químico, talvez, ele se interesse mais. Porque ele vai se sentir, tipo assim, como se a pessoa tivesse preocupado com ele, vai motivar mais a ele a buscar ajuda. (F02)

[...] Eu acho louvável sim uma ligação quando há, por exemplo: uma, duas, três ausências, três faltas na consulta. Eu acho interessante sim, o serviço social tá entrando em contato com a família pra ver o que aconteceu ou o que tá acontecendo, né? Pra quem sabe ai poder resgatar aquele que por algum motivo ou outro deixou de vir. (U04)

[...] De algumas das pessoas da parte do grupo dá uma ligadinha pra saber como que tá o fulano de tal, pelo menos uma vez por mês seria ótimo! Pra incentivar mais! (F03)

[...] Eu vejo que o que pode melhorar aqui é acompanhar os familiares. Porque é, no grupo, eu sentia que eu precisava de ajuda também. E eu me preocupava mais com ele do que comigo. E eu estava totalmente errada! Era pra eu me preocupar mais comigo do que com ele pra depois eu ajudar o cara lá, né? Então, pra mim, melhoraria isso. (F02)

[...] Olha, o CETAM abriu novos cursos e se vocês quiserem acessa o site tal. O SENAI, o SENAC, o SESC, porque isso também fortalece na recuperação. Eu acho que o serviço social poderia fazer isso aí. (U04)

[...] Precisa de mais uma orientação, principalmente por parte do assistente social. Porque como ela fala, tem pessoas que não entendem. Pensa porque é, participou ou viveu aquela vida que continua, não tem mais perspectiva de coisa melhor, de vida, de trabalho, disso ou daquilo outro. Eu acho assim que precisava mesmo de mais de uma orientação, de uma explicação, de uma conversa. (F04)

Pela análise das falas, observa-se que o grupo almeja ter mais contato com o serviço social no sentido de obter efetivamente apoio social para usuários e familiares, como busca ativa, divulgação de cursos e palestras profissionalizantes, orientação de como se portar frente aos possíveis comportamentos encontrados pelos usuários em seu dia a dia e acompanhamento dos familiares, no sentido de fortalecimento próprio para continuar na caminhada de ajuda ao seu cônjuge, filho, amigo ou parente próximo.

Diferente do que apontam os usuários e familiares, não é função exclusiva do serviço social cumprir as tarefas supracitadas. As tarefas devem ser de responsabilidade de todos da equipe multiprofissional do ambulatório, que tem por definição ser uma modalidade de trabalho de construção coletiva que se apresenta pela relação recíproca entre as diversas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes profissões, e através da comunicação dá-se a cooperação e a articulação das ações multiprofissionais (PEDUZZI,1998).

Considera-se muito válido quando o grupo traz em suas expectativas ter no ambulatório a busca ativa daqueles que por algum motivo abandonaram os acompanhamentos com a equipe multiprofissional. O termo busca ativa provém da epidemiologia que significa buscar e identificar indivíduos que possuam sintomas de doenças e agravos de notificação compulsória. Porém, durante uma busca ativa há diversas possibilidades de interação e compreensão do meio em que o usuário e seus familiares convivem, além de conhecer o espaço, o território e a sociedade onde perpassa. Através desse conhecimento *in loco*, é possível avaliar o sofrimento psíquico do usuário e de seus familiares, condições e qualidade

de vida e possíveis comorbidades associadas aos transtornos mentais. O objetivo dessa busca ativa é de melhorar a qualidade de vida daquele usuário para reinseri-lo na sociedade. Entende-se que a estratégia de busca ativa encaixa-se perfeitamente na atenção psicossocial e na oferta do cuidado integral, pois é possível evitar abandonos de tratamento, recaída até a desestruturação do seu caminhar a vida (LEMKE; SILVA, 2010, BARBAN, 2007).

Ainda sobre as expectativas, os participantes mencionaram a necessidade de acompanhamento dos familiares. Estudos demonstram que essa abordagem é uma estratégia extremamente eficaz e produtiva, pois favorece a adesão do dependente químico ao tratamento; melhora o funcionamento familiar; reestrutura a interação intra familiar; reduz o consumo de drogas; diminui os casos de lapsos e recaídas; e favorece a resolução de problemas (ALVARAD et. al 2013, FATEMEH et. al, 2012).

Nessa perspectiva, é possível por em prática no ambulatório as ações desejadas pelos usuários e os familiares. Para tanto, essas ações deverão ser pensadas, organizadas e realizadas conjuntamente por todos os profissionais da equipe (assistente social, enfermeira, médico clínico e psiquiatra, e psicólogo), equipe de apoio e a gestão da unidade, uma vez que é função da equipe multiprofissional trabalhar de forma coletiva e sem hierarquias.

5.2.3 O que achamos sobre o atendimento do ambulatório

Esse sub tópico será breve, porém de alta relevância para a equipe do ambulatório, assim como para aqueles que utilizam o serviço. As falas para ilustrar essa subcategoria serão demonstradas abaixo:

Assim, eu desde o início sempre fui muito bem atendido pelo assistente social, pela psicóloga e pela psiquiatra. Sempre fui muito bem atendido! (U01)

[...] Pra mim, tá tudo bem! Desde quando eu comecei aqui com meu marido, nós sempre fomos bem atendidos, entendeu? Muito bom mesmo! Acho que é isso que incentiva a gente a voltar, retornar ao tratamento. Entendeu? Porque tem muitas vezes, tem gente que vai num lugar procurar uma ajuda e chega lá, mana, e sai arrasado. Pior do que quando entrou, entendeu? E aqui não, a gente “somos” bem recebido, mesmo! (F01)

[...] começa da recepção, o atendimento é ótimo, pra mim! (F03)

[...] e sobre o acompanhamento, começa logo com o assistente social, com enfermeiro e tudo. Até o momento é ótimo comigo e com meu filho também, né?

O grupo considerou o atendimento no ambulatório bom, no sentido de serem bem recebidos pelos profissionais da equipe e pela equipe de apoio; e em relação ao acompanhamento com os profissionais: assistente social, enfermeira, psicóloga e psiquiatra. Ainda relataram que o atendimento realizado dessa forma, serve de estímulo para continuar frequentando o ambulatório. Esse estímulo pode ser visto como um fator protetivo nas situações de abandono do tratamento.

Corroborando com o estudo realizado por Fernandes et. al (2017) entre os anos de 2012 a 2014, sobre a evasão do tratamento da dependência de drogas ambulatorial em um município no sul do Rio Grande do Sul, o acolhimento, em particular da psicologia e do serviço social é de suma importância para diminuir as chances de abandono de tratamento e indicam que as instituições precisam focar a entrada do usuário no serviço em atividades que supram suas demandas particulares (FERNANDES et al, 2017).

Portanto, cada vez mais se tem ciência de que os serviços de saúde devam planejar suas ações de saúde baseados nas necessidades da população. Ressalta-se a extrema importância do acolhimento para criação de vínculo e aderência ao tratamento, independente se o acolhimento tenha significados diferentes para os usuários, indo do bom atendimento através da cordialidade ou de uma boa escuta até a resolução de suas demandas.

Ainda para essa categoria, considerou-se de extrema relevância quando o grupo traz em sua fala sobre a consciência de possuir responsabilidades perante o tratamento, assim como sobre sua melhora.

[...] Ninguém melhor do que eu pra falar pra ela do que tá funcionando e o que não tá funcionando. E como esta funcionando! De que forma. Agora, pra isso eu preciso ter uma regularidade no tratamento. Não adianta em vir e eu... Faltar depois e não dar continuidade, enfim! (U04)

Observa-se um posicionamento bem diferente do que se espera sobre o posicionamento dos usuários do SUS sobre seu tratamento e sua melhora. Empiricamente, o trabalhador de saúde espera um posicionamento passivo por parte dos usuários. É

surpreendente ouvir de um usuário quando ele assume efetivamente a responsabilidade perante o seu tratamento/cuidado. É perceptível uma discreta e relevante mudança de paradigma de que os usuários do SUS são tutelados a todo o momento pelas unidades de e/ou trabalhadores da saúde.

Essas mudanças de paradigmas são estimuladas a partir da Política Nacional de Humanização, a qual traz o método da tríplice inclusão (trabalhador/gestor/usuário) que provoca perturbações e inquietações consideradas como o “motor” para a mudança no modo de produzir saúde. Em outras palavras, a tríplice inclusão estimula diretamente a autonomia e protagonismo dos usuários, deixando de ser um sujeito passivo e passar a ser um sujeito que lutando por suas necessidades individuais e coletivas (HUMANIZASUS, 2018b).

Nesse ponto é essencial utilizar instrumentos que deem continuidade as mudanças desse paradigma. Considera-se a construção do projeto de vida ou projeto terapêutico como uma importante ferramenta de fortalecimento de vínculo entre usuário e trabalhador, além de estimular e fortalecer a autonomia e o protagonismo do usuário, o tornando cada vez mais dono de sua própria vida. O Ministério da Saúde (2007) descreve que projeto terapêutico consiste em um conjunto de estratégias terapêuticas articuladas, para uma pessoa ou um coletivo, como resultado da discussão coletiva entre uma equipe interdisciplinar, usuário e/ou familiares (BRASIL, 2007c).

5.3 Contribuições para a prática do cuidado integral no ambulatório

A partir do levantamento realizado com os grupos que trouxeram ricas observações, foi possível produzir contribuições que possam viabilizar a prática do cuidado integral no ambulatório. Construiu-se uma figura que sintetiza as contribuições para a prática do cuidado integral a partir da vivência da pesquisadora e três quadros baseados nos resultados do estudo descritos com detalhe no apêndice.

Figura 2 – Contribuições para a prática do cuidado integral no ambulatório



Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

A figura 2 representa uma síntese das contribuições que foram viabilizadas a partir da visão dos participantes do grupo e da experiência profissional da pesquisadora.

O eixo central do estudo foi a prática do cuidado integral em um ambulatório. O cuidado integral tem sua base na Lei magna do Sistema Único de Saúde que guia todas as ações e serviços de saúde que devem ser realizadas no dia a dia das unidades de saúde.

Em suma, o cuidado integral é traduzido por ações contínuas e dinâmicas praticadas pelos trabalhadores da saúde para facilitar a resolução das demandas dos usuários em todos os aspectos da vida. Para resolução das demandas, ações são planejadas e postas em prática utilizando ferramentas que proporcionam a resolução das demandas. As ferramentas são: acolhimento, projeto terapêutico, prevenção, busca ativa, apoio familiar e acesso.

Como primeira ação, o acolhimento deve ser realizado por todos os membros da equipe, independente da formação profissional. E para este momento, o trabalhador deve estar disponível e atento para compreender a todas as necessidades trazidas com o usuário e

resolvê-las. Para esta ação, recomenda-se que o acolhimento seja realizado por dois membros da equipe multiprofissional com o intuito de evitar, principalmente, a dicotomização do cuidado.

Sobre o projeto terapêutico e a não utilização desta ferramenta para organização do cuidado pela equipe, recomenda-se a instituição do projeto terapêutico após compreensão por todos da equipe sobre esta ferramenta. A finalidade dessa indicação é de organizar o cuidado, estimular a corresponsabilização e garantir a autonomia da pessoa cuidada, além de organizar os processos de trabalho e fortalecer o trabalho da equipe multiprofissional.

As ações de prevenção compõem as estratégias de cuidado integral a população. Porém nesse contexto, as ações de prevenção deverão ser direcionadas a toda população, preferencialmente para ações extramuro em escolas, igrejas, unidades de saúde nas proximidades do ambulatório através de palestras, rodas de conversa, role play, dentre outros meios de disseminação de informação.

No que se refere a busca ativa, propõe-se instituir a busca ativa com o intuito de evitar que os usuários abandonem os acompanhamentos/tratamento e a conseqüente recaída, bem como a desestruturação do caminhar a vida de cada um. Para esta proposta, será necessário escalar um profissional responsável semanalmente para realizar contato telefônico com os usuários que faltarem a dois acompanhamentos ou comunicar e combinar com a equipe a necessidade de realizar visita domiciliar ao usuário faltoso.

Em relação aos familiares, percebe-se a necessidade de apoiá-los com o intuito de fortalecer as estruturas familiares e a conseqüente adesão aos acompanhamentos. Para este ponto, recomenda-se a estruturação e a realização de grupos abertos de apoio aos familiares dos usuários uma vez ao mês.

O que concerne à garantia do acesso aos usuários, a primeira recomendação para este ponto é acolher e avaliar todas as pessoas que procuram ajuda no ambulatório, tendo como propósito ampliar o acesso a essa população e respeitando sempre os limites terapêuticos disponíveis para cada usuário.

Percebeu-se que no ambulatório existe uma dificuldade de entendimento em relação ao seu papel perante a Rede de Atenção Psicossocial do Município. Nesse sentido, recomenda-se a educação permanente a equipe com o intuito de renovar os conhecimentos

acerca das novas políticas públicas de saúde mental e das demais redes. Será necessário momento de formação, pelo menos uma vez ao mês, para discutir as políticas e, a partir dessas discussões, criar um fluxograma de atendimento baseado na Portaria nº 3.588/2017 que trata dos ambulatórios de especialidades.

Após a compreensão do papel do ambulatório na rede, propõem-se tornar o ambulatório regulador do cuidado as pessoas com necessidades decorrentes do álcool e outras drogas, uma vez que o município possui baixa cobertura de atenção primária a saúde. E o intuito desta proposta, será de ampliar o acesso e fortalecer o trabalho do ambulatório.

As demais contribuições estão apresentadas detalhadamente em quadros no apêndice A, B e C.

Portanto, para ocorrer à mudança do cuidado realizado hoje no ambulatório para o cuidado integral, acredita-se ser necessário haver mudança interna na prática diária do dia a dia desta equipe, no que diz respeito ao acolhimento resolutivo e ao Projeto Terapêutico. Só assim, será possível expandir as ações interredes e intersetoriais para além dos limites geográficos do ambulatório, tornando o cuidado integral efetivo nesse ponto de atenção.

6 CONSIDERAÇÕES

Este estudo teve como objetivo compreender as práticas cotidianas do cuidado integral às pessoas usuárias de um ambulatório especializado em álcool e outras drogas. Para essa compreensão foi imprescindível o cumprimento de quatro objetivos específicos:

O primeiro objetivo específico diz respeito às práticas cotidianas dos trabalhadores da saúde no ambulatório relativas ao cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes ao uso de álcool e outras drogas. Porém, antes de descrever as práticas foi possível compreender as incertezas sobre a função do ambulatório sob a ótica dos trabalhadores e da literatura a função do ambulatório na saúde mental. Em suma, os ambulatórios de especialidades em saúde mental não possuíam políticas que o regulamentasse e delimitasse o a sua função na rede, pois historicamente os ambulatórios tinham como função atender casos de baixa complexidade, triagem para internação em hospitais psiquiátricos e medicalização com psicotrópicos.

Ainda sobre o primeiro objetivo específico, foi possível descrever as práticas adotadas pelos trabalhadores do ambulatório. Relataram optar pelas seguintes estratégias para a oferta do cuidado integral: acolhimento escuta qualificada, vínculo, acesso e corresponsabilização. Notou-se que prestam um cuidado que não pode ser caracterizado como integral, pois para ser integral as estratégias de cuidado devem ser praticadas de forma entrelaçadas, dinâmica e cíclica. Ainda foi possível observar que a equipe possui dois entendimentos sobre o cuidado integral, um valorizando as necessidades dos usuários e outro valorizando o saber biomédico.

No segundo objetivo específico, foi possível identificar as necessidades e as expectativas dos usuários e seus familiares sobre o ambulatório especializado. Sobre as suas necessidades, destacaram dificuldades em obter medicamentos na farmácia da policlínica e de receber orientação insuficiente sobre sua terapia medicamentosa por parte dos profissionais do ambulatório. Sobre as expectativas, salientaram que esperam ter mais contato com o serviço social, que haja busca ativa aqueles que deixam de comparecer aos acompanhamentos e acompanhamento aos familiares dos usuários. Ainda nesse objetivo foi possível identificar que eles conheceram o ambulatório a partir dos pontos de atenção da RAPS e dos grupos de

ajuda mútua, assim como consideram o atendimento no ambulatório bom, no sentido de serem bem recebidos pelos profissionais da equipe e pela equipe de apoio.

E o terceiro objetivo específico foi elaborado a partir das reflexões da pesquisadora sobre o rico conteúdo trazido pelos participantes. Para esse objetivo foi possível construir diversas contribuições de práticas do cuidado integral no ambulatório baseado nos pontos relevantes das falas dos trabalhadores, usuários e seus familiares aliados à experiência profissional da pesquisadora.

Mediante isso, considera-se que os objetivos deste estudo foram alcançados, uma vez que foi possível compreender as práticas do cuidado integral as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O método utilizado respondeu adequadamente aos objetivos propostos, além de permitir a imersão de informações relevantes para a construção das contribuições para a prática do cuidado integral no ambulatório.

Como ponto facilitador do estudo, o vínculo e a amizade que a pesquisadora possui com os trabalhadores, bem como com os usuários e familiares tornaram a coleta de dados viável. Por ser trabalhadora do serviço, a pesquisadora teve uma abertura amistosa por parte da direção e da gerência de enfermagem facilitando a realização da pesquisa.

Este estudo tem relevância científica, pois amplia a compreensão teórica sobre a prática do cuidado integral no ambulatório especializado em saúde mental, álcool e outras drogas. Ademais, a temática “ambulatórios especializados” tem movimentado o cenário das políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil.

A partir deste estudo será possível orientar as práticas do cuidado integral no ambulatório em estudo. Além de possibilitar a utilização desse modelo em outros ambulatórios especializados em AD, desde que possuam características semelhantes e trabalhadores da saúde dispostos à efetivação do cuidado integral. Ainda poderá servir como base para melhoria dos ambulatórios que já estão funcionando ou para criação de novos ambulatórios especializados pautados no cuidado integral.

Como contribuição prática, esse estudo permitiu mostrar o que se faz hoje no ambulatório especializado em álcool e outras drogas existente na rede, uma vez que estão recém fazendo parte da RAPS, e de principalmente viabilizar a construção de contribuições

para a efetivação do cuidado integral no ambulatório especializado. Pretende-se que essas contribuições possam ser úteis para tornar o ambulatório referência no cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, principalmente no que diz respeito à reabilitação psicossocial de cada usuário e familiar cuidados nesse espaço.

Como possibilidade de uma prática do cuidado integral, algumas características são essenciais, tais como: trabalhadores com afinidade à área e abertos a inovações, programas de educação continuada, gestores sensíveis, o estabelecimento do Projeto Terapêutico Singular como estratégia prioritária de cuidado e a intersetorialidade.

Recomenda-se para a prática do cuidado integral nos espaços de produção de saúde em Saúde Mental, prioritariamente que os trabalhadores possuam afinidade com esse público, bem como trabalhadores disponíveis para conhecer as políticas públicas de saúde, principalmente àquelas que valorizem a integralidade.

Sugere-se implementar momentos reservados à formação da equipe para a compreensão e construção coletiva de estratégias que viabilizem o cuidado integral e corresponsabilização dos trabalhadores e gestores. Ademais, é importante ressaltar o envolvimento dos gestores das unidades para apoiar as equipes na implementação das estratégias elencadas e pactuadas entre os envolvidos.

Considera-se, igualmente importante, a construção e a implementação do projeto terapêutico conjuntamente. Essa opção leva à valorização e ao respeito dos aspectos biopsicossociais, espiritual e cultural do usuário/família no estabelecimento de metas de curto, médio e longo prazo. Tal estratégia pode evitar a obrigatoriedade da participação do usuário em atividades pré-estabelecidas pelos serviços, evasão do usuário durante o cuidado oferecido e, conseqüente subutilização dos espaços e de investimentos públicos. Para tal fato, sugere-se ouvir os usuários sobre suas necessidades utilizando formulários de pesquisa de satisfação ou rodas de conversa, assim como instituir as assembleias.

Ainda sobre a construção do projeto terapêutico é importante ressaltar a participação de diversos olhares das equipes multidisciplinares por meio de atendimentos compartilhados. Em outras palavras, possibilitar, quando possível, o acolhimento do usuário por mais de um trabalhador conjuntamente. Por meio dessa estratégia, pode-se evitar a repetição de informações, tanto por parte do usuário quanto da equipe, que pode constranger o usuário e

seus familiares, além de otimizar o tempo da equipe e do usuário/familiar. Por fim, é necessário ter regularidade na avaliação e reavaliação dos projetos terapêuticos para evitar o engessamento do cuidado, tornando-o um processo cíclico, dinâmico e mutável.

Outra recomendação é a disponibilização das equipes de saúde mental para buscar parcerias e envolvimento dos outros setores e facilitar a comunicação e envolvimento da educação profissionalizante no ambulatório, na tentativa de recolocar o usuário no mercado de trabalho.

A relevância social deste estudo é que o ambulatório tornou-se referência em cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas para população do município.

Por fim, o estudo permitiu compreender como o cuidado integral é praticado no ambulatório mediante a visão dos trabalhadores e como tornar factível o cuidado integral neste ambulatório.

Partindo desse recorte sobre as práticas de cuidado integral nos ambulatórios de especialidades, vislumbra-se um estudo participante em maiores proporções nos ambulatórios especializados do país sobre a temática, com o objetivo de avaliar a factibilidade das orientações e sugestões apresentadas neste estudo para aprofundar o conhecimento teórico sobre o cuidado integral e os ambulatórios especializados. A meta é tornar os ambulatórios referência na prática do cuidado integral as pessoas com necessidades decorrentes do uso do álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. A.; VIANNA, R. T.; PEQUENO, G. A. **Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa.** Revista Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 38, N. 102, P. 526-538, JUL-SET 2014.
- ALVARAD C. H., ROBERTO E., GUERRA, A., MEJIAS, M. **Las adolescentes de la calle y su percepción de la sociedad.** Enferm. glob., Murcia , v. 12, n. 32, p. 371-380, oct. 2013. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400023&lng=es&nrm=iso>. Accedido en: 16. Mayo. 2019.
- ALVES, R.; KOSSOBUDZKY, L. A. **Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba.** Interação em Psicologia, Curitiba, v.6, n.1, p.65-79, 2002.
- ALVES, V.S. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discurso político, saberes e práticas.** Caderno de Saúde Pública 2009; 25(11): 2309-19.
- AMARANTE, P. (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz,1995. 136p.
- AMAZONAS. Governo do Estado do Amazonas. **Dados.** Disponível em:<<http://www.amazonas.am.gov.br/o-amazonas/dados/>>. Acesso em: 19 set. 2017a.
- AMAZONAS. Governo do Estado do Amazonas. **Economia.** Disponível em: <<http://www.amazonas.am.gov.br/o-amazonas/dados/>>. Acesso em: 19 set. 2017b.
- AMAZONAS. Governo do Estado do Amazonas. **Primeiro Centro de Reabilitação em Dependência Química da rede pública do Amazonas é inaugurado pelo governador Omar Aziz.** 2014. Disponível em: < <http://www.amazonas.am.gov.br/2014/03/primeiro-centro-de-reabilitacao-em-dependencia-quimica-da-rede-publica-do-amazonas-e-inaugurado-pelo-governador-omar-aziz/>>. Acesso em: 30 maio. 2019.

AMAZONAS. Governo do Estado do Amazonas. SUSAM – Secretaria de Estado de Saúde. **Rede assistencial – Categorias**. Disponível em: <<http://www.saude.am.gov.br/rede-assistencial/rede-assistencial-categoria.php>> . Acesso em: 20 set. 2017.

ASSIS, M. M. A. et al. **Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.68, n.2, p.333-338, Apr. 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200333&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03. Abril. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680221i>.

ASSIS, M. M. A.; CERQUEIRA, E. M.; NASCIMENTO, M. A. A.; SANTOS, A. M.; JESUS, W. L. A. **Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política metodológica e prática**. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 10, p. 189-199, 2007.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, novembro de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de abril de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.

AZEVEDO, C. da S. **Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde**. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 349-361, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000200014>.

BARBAN G. E, OLIVEIRA A. A. **O Modelo de assistência matricial de saúde mental no programa saúde da família no município de São José do Rio Preto**. Arq Ciênc Saúde. 2007; 14(1): 52-63. Disponível em: < http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID224.pdf>. Acesso em: 16. Maio. 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 3ª reimp. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA, L. S. S.; BATISTA, M.; CONSTANTINO, P. **Perfil de usuários de substância psicoativas do CAPSAD em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, RJ.** Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 7, n. 2, p. 23-38, 2012.

BOFF, Leonardo. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social.** Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./marc., 2005. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503/1689>>. Acesso em 27 de Maio de 2019.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007a.** Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm>. Acesso em: 14 jun. 2017.

_____. Casa Civil. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011a.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 16 out. 2017

_____. Casa Civil. **Decreto nº 7.637 de 08 de dezembro de 2011b.** Altera o Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7637.htm>. Acesso em: 26 maio 2018.

_____. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019b.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas – Pnad. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/697347259/decreto-9761-19>>. Acesso em: 31 maio. 2019.

_____. e-GESTOR. **Atenção básica: Informação e gestão da atenção básica.** 2019. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 30 jul. 2019.

_____. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: 1995.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção especializada e hospitalar: Especialidades**. MS: 2019. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

_____. Ministério da saúde. DATASUS. **Tipos de estabelecimentos**. 2019a. Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm>. Acesso em: 07. Jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 16 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº8.080 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: 19 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº03 de 28 de setembro de 2017a**. Dispõe sobre as redes temáticas de atenção às saúde, as redes de serviço de saúde e as redes de pesquisa em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria. Disponível em: < <https://sogi8.sogi.com.br/Arquivo/Modulo113.MRID109/Registro1285935/portaria%20ms%20n%2003%20de%2028092017.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério da saúde. **Portaria Nº 130 de 26 de janeiro de 2012a**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 21 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.197 de 14 de outubro de 2004**. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único

de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html>. Acesso em: 07 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017b**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, dá outras providências e inclui procedimentos de Tratamento em Psiquiatria na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010c**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028 de 01 de julho de 2005b**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 23 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011c**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 04 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf>. Acessado em: 05 abr. 2018.

_____. Ministério da saúde. **Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Disponível em: <<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/318->

legislacao?download=1587:pf-224-1992-servicos-leito-unidade-psiquiatrica>. Acesso em: 14. Maio. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde**. Dispõe Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 12 de dezembro de 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais da saúde**. Brasília, 2010b, 104 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. 1ª. Ed. Brasília- DF: 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 218 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica/Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica, n.39.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2019.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **A prevenção do Uso de Drogas e Terapia Comunitária.** 2006

_____. Senado Federal. **Constituição Federal de 1988.** Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_08.09.2016/art_197_.asp>. Acesso em: 15 jul. 2018.

CARLI, R. de. et al. **Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 626-632, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300626&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001200013>.

CASADO, R. C. M. F. **Cidade e loucura:** espacialização da “doença mental” e o processo de desinstitucionalização psiquiátrica na cidade de Manaus, 2011. 149f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia, Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

CHIAVENATO, I. **Comportamento Organizacional: A dinâmica do sucesso das organizações**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

DESCARTES, R. **Discurso do método**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Fontes, 2001.

ENGEL, M. G. **Os delírios da Razão – Médicos, Loucos e Hospícios**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ESTOL, K. M. F., FERREIRA, M. C. **O processo sucessório e a cultura organizacional em uma empresa familiar brasileira**. Rev. adm. contemp., Curitiba, v.10, n.4, p.93-110, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552006000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28. Abril. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552006000400005>.

FATEMEH N., SHOKOUH N. N., REZA F. M. **Effectiveness of brief strategic family therapy (bsft) in patterns of family interactions with children involved with drug dependency and relapse prevention**. Andisheh Va Raftar (Applied Psychology), 2012. Disponível em: <<https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=365960>>. Acesso em: 16. Maio.2019.

FERNANDES, S. S. et al . **Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa**. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 131-137, Apr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000200131&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19. Maio. 2019. Epub July 10, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700020268>.

FORMIGONI, M. L. O. S. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Módulo 2. – 5. Ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. 140p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento).**

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

HUMANIZASUS. Política Nacional de Humanização. **Método**. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>>. Acesso em: 29 maio 2018a.

HUMANIZASUS. Política Nacional de Humanização. **Princípios**. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>>. Acesso em: 29 maio 2018a.

IBGE. **Panorama de Manaus**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/am/manaus/panorama>>. Acesso em: 19 set. 2017.

JESUS, W. L. A. de; ASSIS, M. M. A. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso aos serviços de saúde: contribuições de planejamento**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15. Abril. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>.

JORGE, J., CORRADI-WEBSTER, C. M. **Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção**. Saúde & Transformação Social/Health & Social Change, v. 3, n. 1, p. 39-48, 2012.

LEMKE A.R., SILVA N.A. **A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território**. Estudos Pesq Psicol UERJ. 2010; 10 (1): 281-95. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a18.pdf>>. Acesso em: 16. Maio. 2019.

LOPES, L. O. **Análise da prática da atenção psicossocial em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica**. 2011. 105f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

LOUGON, M. **Psiquiatria institucional. Do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MACHADO, F. C. L.; MARANHÃO, C. M. S. A.; PEREIRA, J. J. **O Conceito de Cultura Organizacional em Edgar Schein: uma Reflexão à Luz dos Estudos Críticos em Administração.** Reuna, v.21, n.1 ,p.75-96, 2016. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/40575/o-conceito-de-cultura-organizacional-em-edgar-schein--uma-reflexao-a-luz-dos-estudos-criticos-em-administracao-/i/pt-br>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

MALLMANN, C. L.,ROCHA, C. M. F. **Práticas (não) hegemônicas em saúde: uma análise a partir dos Estudos Culturais.** Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 38, n. 1, p. 51-62, jan./jun. 2017. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.2017v38n1p51> . Acesso em: 05. Abril. 2019.

MANAUS. Prefeitura de Manaus. Secretaria de Municipal de Saúde. **Nossa história.** Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/nossa-historia/>. Acesso em: 10 abr. 18.

MANAUS. Prefeitura de Manaus. Secretaria Municipal de Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial.** Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/programas-de-saude/atencao_psicossocial/>. Acesso em: 07 set. 17.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 7a ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.

MENDONÇA, M. J. S. de. **Abordagem em Grupo e Mútua Ajuda.** 2018. Disponível em: <<http://proedu.rnp.br/bitstream/handle/123456789/1402/Abordagem%20em%20Grupo%20e%20Mutua%20Ajuda.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17. Maio. 2019.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E, et al. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde.** In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org) *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E, ONOCKO, R., organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público.** 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. (Série Manuais Acadêmicos).

MINTZBERG, H. et al. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico.** Porto Alegre: Bookman, 2000.

MONTEIRO, C. F. S. et al. **Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí.** Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. **Distribuição de grupos por Estado.** Disponível em: <<https://www.na.org.br/relatorio>>. Acesso em 17. Maio. 2019.

NAVARRO, R. M. **A história da Política de Saúde Mental do Amazonas: a reforma psiquiátrica e sua estruturação.** 2015. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

OLIVEIRA B. A, ATAÍDE C. F, SILVA A. M. **A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: O trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família.** Texto & Contexto Enferm. 2013;13(4):618-24. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a15>>. Acessado em: 16. Maio. 2019.

PAULIN, L.F., TURATO, E. R. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970.** Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, agosto de 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

59702004000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13. Maio. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702004000200002>.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. **Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 6, supl 1, p. 14-17, 2004.

PEDUZZI M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese].** Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PEIXOTO, P. T. de C. **Do esquadramento dos corpos à invenção de práticas instituintes nos ambulatórios de saúde mental: três movimentos para a heterogeneidade.** Tese de doutorado, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro: 2007.

PETTIGREW, A. M. On Studying Organizational Cultures. **Administrative Science Quarterly**, 2(4), 570-581. Dec. 1979.

PINHEIRO, R. Dicionário da Educação Profissional em Saúde: **Integralidade em Saúde.** Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 27 maio 2018.

PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. e organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** 3ª Ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

REK, M. **Os modelos de Administração Pública e reflexos à qualidade na gestão administrativa Brasileira.** In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVII, n. 124, maio 2014. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14742>. Acesso em: 11. Maio. 2019.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.** In: Tundis, S. A. & Costa, N. R. *Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde Mental no Brasil.* Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 1987.

ROCHA, D.C. **Gestão do Cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada: Elementos para pensar uma política.** Dissertação de mestrado DMPS/UNICAMP, Campinas 18 de fevereiro de 2014.

ROSSETTI, A. C. K.; SANTOS, V. E. P.. **Dependente químico: adesão ao tratamento.** Revista Técnico-Científica de Enfermagem, v.4, n.14, p.34-41, 2006.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001>. Acesso em: 17 mai. 2018.

SÁ, O. A **Cultura Organizacional em uma Organização Pública: Aspectos Norteadores para o Seu Gerenciamento.** 2004. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enapg2004-190.pdf>>. Acesso em: 13. Maio. 2019.

SANTOS, A. M. et al . **Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13. Abril. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000025>.

SANTOS, J. A. T., OLIVEIRA, M. L. F. **Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico** [Public policies on alcohol and other drugs: a brief historical rescue]. Saúde & Transformação Social/Health & Social Change. Florianópolis, v.4, n.1, p.82-89, 2013.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001

SCHEIN, E. **Cultura Organizacional e Liderança.** São Paulo: Atlas, 2009.

SENAD. **Prevenção do uso de Drogas:** Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 5ª ed. Brasília: SENAD, 2013.

SUSAM/PGGM – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/POLICLÍNICA GOVERNADOR GILBERTO MESTRINHO. **Relatório de gestão anual 2017**. Manaus: SUSAM/PGGM, 2018.

SUSAM/PGGM – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/POLICLÍNICA GOVERNADOR GILBERTO MESTRINHO. **Relatório de gestão anual 2018**. Manaus: SUSAM/PGGM, 2019.

TAMAYO, A. e colaboradores. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TEIXEIRA, C.F. (Org). **Promoção e Vigilância da saúde**. Salvador: Ceps-ISC, 2002.

TESSER, C. D. POLI, P. **Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 3 pp. 941-951. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>>. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>. Acesso em: 11 Jul. 2019.

UNODC - UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2017**. Vienna, 2017. (United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6).

ZEFERINO, M. T. FIALHO, M. B. (orgs.). **Crise e urgência na saúde mental: diretrizes para o cuidado**. Florianópolis, SC: UFSC, 2018. 51 p.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC nº 924.432/2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: DISCURSOS E PRÁTICAS

Pesquisador: MARIA TEREZINHA ZEFERINO

Área Temática:

Versão:

CAAE: 39378213.4.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 924.432

Data da Relatoria: 07/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata o presente de um projeto de pesquisa sob a responsabilidade de Maria Terezinha Zeferino, professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC, que assina como pesquisadora responsável a folha de rosto em conjunto com a Chefe do Departamento de Enfermagem da mesma instituição.

A pesquisa será exploratória descritiva com abordagem qualitativa, junto a trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) visando verificar o impacto da vivência de ser tutor do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental sobre o cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para a atenção as situações de crise e urgência em saúde mental, na perspectiva de seus trabalhadores.

Objetivo Secundário:

a. Caracterizar os trabalhadores da RAPS que participaram do Curso Crise e Urgência em Saúde

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 924.432

Mental;

- b. Identificar as situações de crise e urgência em saúde mental mais impactantes para os trabalhadores da RAPS;
- c. Conhecer como as pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental são cuidadas na RAPS, na perspectiva dos seus trabalhadores;
- d. Caracterizar a RAPS através da perspectiva dos seus trabalhadores;
- e. Conhecer como se dá a articulação entre os diversos pontos da RAPS para a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental;
- f. Identificar estratégias para ampliar a resolutividade do cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental;
- g. Desvelar a vivência dos trabalhadores da RAPS no atendimento às pessoas em situação de crise e urgência e saúde mental;
- h. Avaliar a satisfação dos alunos com o Curso Crise e Urgência em Saúde Mental;
- i. Avaliar a percepção da aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no Curso Crise e Urgência em Saúde Mental na prática profissional dos alunos;
- j. Verificar o impacto da vivência de ser tutor do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental sobre o cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o que foi literalmente citado no projeto:

"Riscos:

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, não implicará em ônus ou danos aos participantes. Porém, não se pode assegurar que não lhe trará nenhum desconforto, dentre os possíveis pode-se citar o de divulgar informações sobre o seu cotidiano de trabalho e das relações interpessoais que nele estão presentes.

Benefícios:

Os benefícios dessa pesquisa são de contribuir na implementação da RAPS no Brasil no que tange a formação dos trabalhadores e gestores do SUS, bem como, favorecer o cuidado do usuário nos serviços de saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos documentos submetidos do processo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 924.432

Constam na Plataforma os documentos solicitados para a submissão do projeto:

- 1) Folha de rosto devidamente assinada;
- 2) Formulário Projeto da Pesquisa - PB;
- 3) Projeto de Pesquisa estruturado na íntegra;
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e
- 5) Declaração de concordância expedida pela instituição

Recomendações:

Incluir no TCLE que o documento será assinado em duas vias de igual conteúdo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi apresentado, sou de parecer favorável à aprovação deste processo

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 20 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC nº3.057.573/2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: DISCURSOS E PRÁTICAS

Pesquisador: MARIA TEREZINHA ZEFERINO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 39378213.4.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.057.573

Apresentação do Projeto:

Justificativa da emenda: Visando maior esclarecimento sobre o objeto de estudo, solicita-se ampliação da população da pesquisa, incluindo usuário e familiares atendidos na rede de atenção psicossocial, uma vez que a prática profissional em saúde mental pressupõe a interação com o usuário e família. Desta forma, foram realizadas as seguintes alterações: 1. Mudança do objetivo geral: Analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental, na perspectiva de seus trabalhadores, usuários e familiares. 2. Inclusão de objetivo específico: k. Desvelar a vivência dos usuários e familiares da RAPS no atendimento às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental após a realização da capacitação dos trabalhadores. 3. Inclusão de questão específica: Questão: Como você percebe o cuidado recebido nas situações de crise e urgência em saúde mental? 4. Inclusão de critérios para os participantes: Critérios de inclusão para os usuários e familiares: pertencer a uma das unidades de saúde em que pelo menos um dos trabalhadores foi aprovado no Curso Crise e Urgência em Saúde Mental e aceitar participar da pesquisa, através da assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (APENDICE C). Critérios de exclusão para os usuários e familiares: não ter disponibilidade para participar dos encontros de grupo focal realizados no serviço de saúde. 5. Detalhamento para a coleta de dados: Usuários e Familiares: Coleta dos dados será realizada através da realização de grupos focais, com 15 participantes. Já os grupos focais a serem realizados com usuário e familiares abordarão a

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Processo: 2.067.573

vivência do recebimento de cuidado e atendimento pelos trabalhadores de um serviço de saúde, em que trabalhadores foram capacitados. A questão norteadora será: Como você vivenciou o cuidado recebido nas situações de crise e urgência em saúde mental? Os GFs serão gravados, filmados e ou fotografados, de acordo com a autorização dos participantes, espera-se que dure em média 100 minutos e serão realizados nas dependências do serviço de saúde ao qual o usuário e familiar possuem vínculo. 6. Análise dos dados: Tutoras, usuários e familiares: embora o objetivo do grupo focal a ser realizado com tutores e com usuários/familiares seja diferente e que ainda serão realizados em momentos diferentes da pesquisa, o processo de análise será o mesmo. 7. Inclusão de novo TCLE: Apêndice C; 8. Ampliação do Cronograma 2018-2021; 9. Inclusão de pesquisadores: Considerando que o projeto será prorrogado, registramos a equipe que executará a proposta apresentada: - SILVANA SILVEIRA KEMPFER Enfermeira, Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC, Doutora em Enfermagem pela UFSC, Líder do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. - APIS. - LÍVIA SILVA LIMA Membro do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. - APIS. - JAILSON DA SILVA BARBOSA Membro do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. - APIS. - BARBARA APARECIDA OLIVEIRA FORGEARINI Membro do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. - APIS. - SUELEN FELIPE GONÇALVES Membro do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. - APIS.

Objetivo da Pesquisa:

Já avaliados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foram sanadas as pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram inseridos novos TCLEs em conformidade com as exigências da resolução 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/SH/UFSC tomou conhecimento da emenda e recomenda sua aprovação.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3/057.573

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BASICAS_134462 & E1.pdf	15/11/2018 15:07:58		Aceito
Outros	emenda.doc	15/11/2018 15:07:24	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOemenda.doc	15/11/2018 15:07:12	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Outros	CARTARESPOSTApendencia.doc	06/11/2018 15:14:10	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEtutores.pdf	06/11/2018 15:06:55	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEprofissional.pdf	06/11/2018 15:06:40	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEpacienteefamiliar.pdf	06/11/2018 15:06:31	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	24/10/2018 18:23:59	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO PROJETO APIS.jpg	25/11/2014 11:11:49		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORENÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-0094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.057.573

FLORIANOPOLIS, 05 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (41)3721-6394 E-mail: cnp.propesq@contato.ufsc.br

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
Trabalhadores

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: “A percepção do cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em um Ambulatório especializado”, que tem como objetivo geral compreender as práticas cotidianas do cuidado integral às pessoas usuárias de um ambulatório especializado em álcool e outras drogas e específico descrever as práticas cotidianas dos trabalhadores da saúde no ambulatório relativas ao cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes ao uso de álcool e outras drogas.

O estudo será realizado pela mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina, Lívia Lima, sob a orientação e responsabilidade da professora Dra. Maria Terezinha Zeferino.

Este estudo será de natureza qualitativa. A colaboração de cada participante será de envolver-se ativamente do grupo focal para coleta de dados. Para estimular as discussões e a interação grupal, o moderador fará duas perguntas disparadoras: **1 – O que é cuidado integral? 2 – O que é necessário por em prática no ambulatório para oferecer o cuidado integral as pessoas em sofrimento decorrente do álcool e outras drogas?** As discussões do GF serão gravadas e registradas através de anotações cursivas realizadas pelos dois observadores presentes no grupo e que considerarão aspectos verbais e não verbais. Espera-se que este GF seja constituído por sete participantes e trabalhadores da saúde do ambulatório. Esse encontro terá duração de tempo máxima de 120 minutos (2 horas).

A participação nesta pesquisa não oferece riscos ou constrangimento, complicações legais e não implicará em ônus ou danos. Porém, não se pode assegurar que não lhe trará nenhum desconforto, dentre os possíveis de expor informações sobre sua vida cotidiana. As vantagens em relação à participação nesse estudo é que você poderá refletir sobre seu desempenho em relação ao cuidado oferecido às pessoas em sofrimento decorrentes do uso de álcool e outras drogas, além de estar contribuindo para o desenvolvimento de ações e melhorias nos processos de cuidado integral a essa população e ao ambulatório.

A pesquisa se orienta e obedece aos cuidados éticos definidos pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. E você tem a garantia de que os dados fornecidos são confidenciais e seu nome não será identificado em nenhum momento, visando assegurar o anonimato e confidencialidade ao estudo. Os dados serão utilizados em publicações científicas ou divulgação em eventos científicos, no entanto, reitera-se que serão garantidos o sigilo e a confidencialidade referente à identificação dos participantes da pesquisa.

A qualquer momento, você poderá se negar a participar ou mesmo desistir de participar se assim o desejar, sem que haja qualquer penalização, basta comunicar a pesquisadora. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas por cinco anos no Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas, após este período, o material será destruído. Após o término, você poderá ter acesso ao estudo após sua conclusão.

No caso de existir ainda alguma dúvida em relação à pesquisa ou quiser desistir, a qualquer momento poderá entrar em contato através do telefone (48) 37213424, ou por e-mail terezinha.zeferino@ufsc.br ou livslima@hotmail.com ou, ainda, pelo endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade, Florianópolis/Santa Catarina. Brasil. CEP: 88040-900 – CCS Bloco I – Sala 513. Se você desejar informações sobre o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFSC) pode entrar em contato pelo telefone: (48) 37219206, sem que haja qualquer prejuízo a você ou à pesquisa.

Dra. Maria Terezinha Zeferino
(pesquisadora)

Mestranda Lívia Lima
(pesquisadora)

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____ concordo em participar, na qualidade de voluntário no projeto de pesquisa intitulado “A perspectiva do cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em um Ambulatório especializado”, após ter sido devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador. As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto. Estou ciente de que não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa.

E independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados.

Manaus, ____ de _____ de _____.

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do participante

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: “A percepção do cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em um Ambulatório especializado”, que tem como objetivo compreender as práticas cotidianas do cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em um Ambulatório especializado e como objetivo específico identificar as necessidades e as expectativas das pessoas com necessidades decorrentes ao uso de álcool e outras drogas e dos seus familiares sobre um ambulatório especializado em AD.

O estudo será realizado pela mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina, Lívia Lima, sob a orientação e responsabilidade da professora Dra. Maria Terezinha Zeferino.

Este estudo será de natureza qualitativa. A colaboração de cada participante será de envolver-se ativamente do grupo focal para coleta de dados. Para estimular as discussões e a interação grupal, o moderador fará duas perguntas disparadoras: **1 – Como você chegou até o ambulatório?** **2 – Por quais motivos ou necessidades, você buscou ajuda no ambulatório?** As discussões do GF serão gravadas e registradas através de anotações cursivas realizadas pelos dois observadores presentes no grupo e que considerarão aspectos verbais e não verbais. Espera-se que este GF seja constituído por doze participantes, seis

representando as pessoas acompanhadas no ambulatório e seis representando os seus familiares. Esse encontro terá duração de tempo máxima de 120 minutos (2 horas).

A participação nesta pesquisa não oferece riscos ou constrangimentos. As vantagens em relação à participação nesse estudo é que você poderá contribuir com sua vivência, no desenvolvimento de ações e melhorias nos processos de cuidado integral a saúde e você poderá ser beneficiado por essas ações futuramente.

A pesquisa se orienta e obedece aos cuidados éticos definidos pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. E você tem a garantia de que os dados fornecidos são confidenciais e seu nome não será identificado em nenhum momento, visando assegurar o anonimato e confidencialidade ao estudo. Os dados serão utilizados em publicações científicas ou divulgação em eventos científicos, no entanto, reitera-se que serão garantidos o sigilo e a confidencialidade referente à identificação dos participantes da pesquisa.

A qualquer momento, você poderá se negar a participar ou mesmo desistir de participar se assim o desejar, sem que haja qualquer penalização, basta comunicar a pesquisadora. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas por cinco anos no Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas, após este período, o material será destruído. Após o término, você poderá ter acesso ao estudo após sua conclusão.

No caso de existir ainda alguma dúvida em relação à pesquisa ou quiser desistir, a qualquer momento poderá entrar em contato através do telefone (48) 37213424, ou por e-mail terezinha.zeferino@ufsc.br ou livslima@hotmail.com ou, ainda, pelo endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade, Florianópolis/Santa Catarina. Brasil. CEP: 88040-900 – CCS Bloco I – Sala 513. Se você desejar informações sobre o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFSC) pode entrar em contato pelo telefone: (48) 37219206, sem que haja qualquer prejuízo a você ou à pesquisa.

Dra. Maria Terezinha Zeferino
(pesquisadora)

Mestranda Lívia Lima
(pesquisadora)

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____ concordo em participar, na qualidade de voluntário no projeto de pesquisa intitulado “A perspectiva do cuidado integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em um Ambulatório especializado”, após ter sido devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador. As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto. Estou ciente de que não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa.

E independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados.

Manaus, ____ de _____ de _____.

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do participante

APÊNDICE A – Contribuições baseada na visão dos trabalhadores

Quadro 01 – Contribuições baseada na visão dos trabalhadores

DEMANDAS IDENTIFICADAS	AÇÃO	FINALIDADE	ESTRATÉGIAS
Acolhimento fragmentado	Educação permanente	Renovar os conhecimentos sobre o acolhimento resolutivo e suas estratégias a partir da Política nacional de Humanização – PNH.	- Reuniões de equipe mensal utilizando estratégias pedagógicas, como: role play e rodas de conversa;
	Reorganização de processos de acolhimento	Ampliar o olhar multiprofissional sobre o usuário durante o acolhimento para evitar a dicotomização do cuidado.	- Realizar acolhimentos, principalmente de primeira vez, com 2 ou mais profissionais (assistente social, enfermeiro, téc. de enfermagem, psicóloga).
Não visualizam o ambulatório como ponto de atenção da RAPS	Educação permanente	Atualizar conhecimentos sobre a mudança das políticas públicas de saúde mental e das demais redes.	- Reuniões de equipe mensais para sensibilização da nova Portaria nº 3.588/17, Política Nacional sobre Drogas - Decreto nº 9.761/19;
	Reorganização de processos de trabalho	Facilitar o entendimento sobre a RAPS e proporcionar o cuidado em rede.	- Criar fluxograma de atendimento baseado na nova Portaria para ambulatório;
Obstáculos na articulação com serviços de saúde das RAS e RAPS	Apresentação do ambulatório, sua função e atividades realizadas aos demais pontos das Redes de atenção a Saúde.	Conhecer os espaços e ser conhecido nas unidades de saúde. Estreitar laços com os serviços para melhoria da comunicação.	- <i>A Priori</i> , visitar os dispositivos que possuem maior relação com o ambulatório (CAPS AD, CRDQ, Policlínicas estaduais e municipais). E posteriormente, com os demais (CPEP, APS, Comunidades terapêuticas, Alta complexidade).

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos resultados do GF1, 2019.

APÊNDICE B – Contribuições baseada na visão dos usuários e seus familiares

Quadro 02 – Contribuições baseada na visão dos usuários e familiares

DEMANDAS IDENTIFICADAS	AÇÃO	FINALIDADE	ESTRATÉGIA
Orientação medicamentosa insuficiente	Educação em Saúde	Evitar recaídas, preparação para alta, melhorar a qualidade de vida, estimular a autonomia e a segurança na terapia medicamentosa;	<ul style="list-style-type: none"> - Orientação médica e da enfermeira após atendimento médico; - Envolver demais profissionais da Policlínica, como os farmacêuticos através das orientações na retirada do medicamento na farmácia; - Grupos de discussão por semelhança de uso de medicamentos, divididos por distritos e região metropolitana, priorizando a zona sul do município, a cada 15 dias.
Não há contato telefônico da equipe com o usuário quando não comparece aos acompanhamentos	Busca ativa	Evitar abandono de tratamento, recaídas e desestruturação do seu caminhar a vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar contato telefônico após duas faltas aos atendimentos ou ir até a residência do usuário; ou contato em casos necessários. - Manter contatos telefônicos e endereços atualizados, assim como familiar de referência. - Fazer escala de responsável semanal pela busca ativa;
Melhorar o acompanhamento familiar	Grupos de apoio	Melhorar a qualidade de vida do familiar, o funcionamento familiar e a interação intrafamiliar, o que poderá contribuir para aumento na adesão ao tratamento, diminuição dos casos de lapsos e recaídas do usuário.	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de apoio aos familiares a ser realizado uma vez por mês.
Falta de informação sobre profissionalização	Contato intersetorial com instituições de educação profissionalizante	Evitar recaídas, fortalecer a recuperação e facilitar a reabilitação psicossocial.	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer parcerias instituições profissionalizantes (CETAM, SENAC, SENAI, SESC) para estimular a participação dos usuários; - Fazer levantamento com os usuários sobre a área de interesse; - Elegger um profissional para organização da divulgação dos cursos, palestras, entre outros.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos resultados do GF2, 2019.

APÊNDICE C – Contribuições baseada na experiência profissional da pesquisadora

Quadro 03 – Contribuições baseada na experiência profissional da pesquisadora

DEMANDAS IDENTIFICADAS	SUGESTÃO	FINALIDADE	ESTRATÉGIA
A Policlínica não conhece o ambulatório	Apresentar o ambulatório, função e as atividades realizadas aos demais setores da Policlínica.	Diminuir o distanciamento dos servidores com o ambulatório e os usuários; Quebrar paradigmas que cercam esse público	- Rodas de conversas <i>in loco</i> com os servidores de cada setor e horário previamente agendado; - Abrir espaço para aqueles que desejarem vivenciar o dia a dia do ambulatório;
Pessoas em uso contínuo de qualquer substância não são acompanhadas no ambulatório	Flexibilizar a entrada das pessoas para acompanhamento no ambulatório	Aumentar o acesso às pessoas que buscam ajuda	- Acolher e avaliar todas as pessoas que chegam ao ambulatório à procura de ajuda; - Acolher, principalmente, aqueles que não se identificam com o CAPS AD e não encontram espaço na APS; - Oportunizar o acompanhamento daquelas pessoas que permanecem em uso contínuo de qualquer substância até que se esgotem as estratégias terapêuticas do ambulatório.
Não há realização de projeto terapêutico	Instituir o Projeto Terapêutico no ambulatório	Organizar o cuidado, estimular a corresponsabilização e garantir a autonomia da pessoa cuidada. Organizar os processos de trabalho e fortalecer o trabalho multiprofissional.	- Construir um contrato de responsabilidade terapêutica para ser assinado pelas pessoas que serão cuidadas no ambulatório; - Construir impresso para o planejamento conjunto do PT; - Instituir a prática do projeto terapêutico pela equipe.
O ambulatório não realiza ações extramuro de prevenção	Educação em saúde	Orientar e instrumentalizar a população quanto aos prejuízos consequentes do uso/abuso de álcool e outras drogas.	- Contatar escolas, igrejas e unidades de saúde próximas ao ambulatório e propor ações de prevenção com a população, como: palestras, role play, rodas de conversa.
O ambulatório não possui papel definido na RAPS de Manaus	Tornar o ambulatório regulador do cuidado em AD	Ampliar o acesso e fortalecer os pontos de atenção da RAPS	- Propor a coordenação de SM do Estado que o ambulatório se torne regulador do cuidado em AD.

Fonte: Elaborado pelo autor partir dos resultados do GF1 e GF2, 2019.