



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

PRISCILLA MÉCIA CONCEIÇÃO CARVALHO

**PRODUÇÃO DO CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AOS USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

FEIRA DE SANTANA
2018

PRISCILLA MÉCIA CONCEIÇÃO CARVALHO

**PRODUÇÃO DO CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AOS USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional - da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Linha de pesquisa: Gestão do Trabalho, Educação Permanente e o Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Geralda Gomes Aguiar.

**FEIRA DE SANTANA
2018**

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

C327p Carvalho, Priscilla Mécia Conceição
Produção do cuidado da equipe de enfermagem aos usuários de álcool e
outras drogas na rede de atenção psicossocial / Priscilla Mécia Conceição
Carvalho. - 2018.
94f.: il.

Orientadora: Maria Geralda Gomes Aguiar.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1. Cuidados de Enfermagem ao usuário de álcool e drogas. 2. Centro de
Atenção Psicossocial. 3. Cuidados a saúde. I. Aguiar, Maria Geralda
Gomes, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 616-083

PRISCILLA MÉCIA CONCEIÇÃO CARVALHO

PRODUÇÃO DO CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação de Mestrado apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional – da Universidade Estadual de Feira de Santana e aprovada pela seguinte Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Maria Geralda Gomes Aguiar (Orientadora)
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Prof^a. Dr^a. Jeane Freitas de Oliveira (Titular)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof^a. Dr^a. Marluce Maria Araújo Assis (Titular)
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Prof^a. Dr^a. Andreia Silva Rodrigues (Titular)
Centro Universitário Estácio da Bahia

Prof^a. Dr^a. Ana Aurea Alécio Oliveira Rodrigues (Suplente)
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Feira de Santana, _____ de _____ de 2018.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial para Usuário de Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicoativas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
EPS	Educação Permanente em Saúde
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAB	Gestão da Atenção Básica
GPR	Grupo de Prevenção e Recaídas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP	Instituto de Medicina Professor Fernando Figueira
IDHSUS	Índice de Desenvolvimento Humano do SUS
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LENAD	Levantamento Nacional de Amostras em Domicílio
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NUPEC	Núcleo de Pesquisa e Estudo sobre o Cuidar Cuidado
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PMSB	Prefeitura Municipal de Senhor do Bonfim
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
RD	Redução de Danos
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TOPA	Todos Pela Educação
TM	Trabalho Morto
TV	Trabalho Vivo

UCSAL	Universidade Católica do Salvador
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA	Universidade Federal da Bahia

*É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que num dado momento, a tua fala seja a tua prática.
(Paulo Freire).*

AGRADECIMENTOS

Em especial a **Deus**, por me guiar, proteger, abençoar e conduzir meus caminhos nesta longa jornada em busca de conhecimento para ampliar e aperfeiçoar a arte de cuidar. *Até aqui me ajudou o senhor, toda a honra e toda glória para ele.*

À minha querida orientadora, **Profa. Dra. Maria Geralda Gomes de Aguiar**, pelo acolhimento, dedicação e responsabilidade com que sempre conduziu meu aprendizado. Que privilégio meu, poder ter a oportunidade de caminhar contigo para realização de um sonho.

Ao meu esposo **Danilo Brito**, pela alegria em saber que sempre posso contar com ele, pelo companheirismo, pela paciência e as inúmeras viagens realizadas, contribuindo nesta caminhada.

À **minha família, meus tios, irmãs**, sempre me apoiando, sempre presentes, incentivando e ajudando cada um na sua forma para que este sonho se concretizasse.

A toda turma e em especial minhas amigas **GlauCIA, Emanuelle, Lindiane, Karine e Ana Flávia e Anne** que o senhor me presenteou nessa trajetória. Obrigada pela amizade, apoio, companhia e aprendizado para realização deste sonho.

A **todos** que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste trabalho.

RESUMO

Pesquisa com os objetivos de mostrar a produção do cuidado da equipe de enfermagem aos usuários de álcool e outras drogas na RAPS num município do interior da Bahia e mapear os dispositivos utilizados pela equipe de enfermagem para produção do cuidado. Para tanto, tomamos como referencial teórico a construção do processo histórico do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas e da enfermagem na perspectiva da produção do cuidado na RAPS. A trajetória metodológica escolhida foi a qualitativa, numa perspectiva crítico-analítica, realizada num município de médio porte, em serviços que compõem a RAPS (CAPS, CAPS AD, 01 Centro de Saúde). Utilizamos como técnica de coleta de dados, a entrevista semiestruturada e observação sistemática. Participaram do estudo onze profissionais de enfermagem, sendo cinco enfermeiros e seis técnicos de enfermagem. De acordo com a análise emergiu a categoria empírica: Dispositivos para a produção do cuidado: descompasso entre o que se preconiza e o que se faz. Conforme análise, a compreensão da equipe de enfermagem acerca da produção do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas transitou entre um “lugar específico” para se cuidar dos usuários, sendo o CAPS apontado por diversas vezes como o lugar onde o cuidado precisa acontecer e a falta de qualificação para cuidar dos usuários. Quando abordados os dispositivos para a produção do cuidado vimos que o acesso dos usuários ao serviço acontece através de encaminhamentos e referências, evidenciando um trabalho fragmentado e tecnicista. Quanto ao acolhimento este se concretiza em ato no primeiro contato com o usuário, mas as atividades desenvolvidas para o acolhimento dos usuários e familiares apontam que somente os serviços do CAPS e CAPS AD realizavam essas atividades. Quanto ao vínculo, evidenciou-se o desconhecimento pela maioria dos profissionais quanto ao PTS e o profissional de referência e as atividades para organização das ofertas dos serviços somente ocorria no CAPS e CAPS AD e de forma frágil. Desta forma, faz-se necessário pensar em estratégias como o apoio matricial, fluxograma analisador e rede de petição e compromisso para buscar um cuidado integral e resolutivo na RAPS para os usuários de álcool e outras drogas.

Palavras-Chave: Serviços de saúde mental. Produção do cuidado. Usuário de álcool e drogas. Enfermagem. RAPS.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the production of nursing team care to alcohol and other drug users in the RAPS in a municipality in the interior of Bahia and to map the devices used by the nursing team to produce care as well as to describe the actions of the nursing team to users of alcohol and other drugs in the services that comprise RAPS. For this, we take as theoretical reference the construction of the historical process of care for alcohol and other drug users and nursing from the perspective of the production of care in RAPS. The methodological trajectory chosen was the qualitative, in a critico-analytical perspective, was performed in a medium-sized municipality, in services that make up the RAPS (CAPS, CAPSAD, 01 Centro de Saúde). It was used semi-structured interview, systematic observation and documentary analysis to collect data. Eleven nursing professionals participated to the study, of which five were nurses and six were nursing technicians. According to the analysis emerged the category: Devices for the production of care: mismatch between what is advocated and what is done. The nursing team's understanding of the production of care for users of alcohol and other drugs has moved between a "specific place" to take care of users, and the CAPS has been identified several times as the place where care should be taken and the lack of qualification to take care of users. When we approached the devices for the production of care, we saw that the users' access to the service happens through referrals and referrals, evidencing a fragmented and technicist work. Regarding the host, this demonstrates compliance with the first contact with the user, but in the activities developed for the reception of users and their families, it is pointed that the CAPS and CAPS AD services performed these activities. It was evidenced that the majority of professionals did not know about the PTS and the reference professional and the activities for the organization of service offers only occurred in the CAPS and CAPS AD and in a fragile way. Thus, it is necessary to think of strategies such as matrix support, flow chart analyzer and petition network and commitment to seek comprehensive and resolving care in the RAPS for users of alcohol and other drugs.

Keywords: Mental health services. Production of care. User of alcohol and drugs. Nursing. RAPS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO - CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 Construção histórica do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas	17
2.2 Enfermagem no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas	28
3 METODOLOGIA	34
3.1 Tipo de pesquisa	34
3.2 Campo de pesquisa	35
3.3 Participantes da pesquisa	37
3.4 Procedimentos de produção de informações	37
3.5 Técnicas e instrumentos de produção de informações	38
3.6 Técnica de análise das informações	40
3.7 Aspectos éticos	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1 Perfil dos entrevistados	44
4.2 Dispositivo para produção do cuidado: descompasso entre o que se preconiza e o que se faz	46
4.2.1 <i>Acesso</i>	50
4.2.2 <i>Acolhimento</i>	60
4.2.3 <i>Vínculo</i>	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICES	87
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	88

APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA 89

APÊNCIDE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 90

1 INTRODUÇÃO - CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A proposta de pesquisa tem como objeto de estudo a produção do cuidado da equipe de enfermagem aos usuários de álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), esta instituída através da Portaria nº 3.088/11, estratégia adotada pelo SUS para operacionalizar as mudanças no modelo de atenção psicossocial, cujo funcionamento depende da interação dos trabalhadores nos diversos espaços e comunidades (CORTES, 2014). Assim, estudamos também os dispositivos, como acesso, vínculo e acolhimento utilizados pela equipe de enfermagem para produção do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, bem como as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem para produção do cuidado.

O interesse pelo objeto de estudo e pelas políticas públicas vem desde a graduação em enfermagem. Em 2005, graduei-me em enfermagem pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL) e iniciei minha carreira profissional na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Várzea Nova, interior da Bahia. No período compreendido entre 2005 e 2009, trabalhei em outros municípios, mas sempre voltada à área de Saúde Coletiva. Paralelo a isto, surgiu o anseio de desenvolver práticas diferenciadas e comprometidas com a saúde pública; fiz três especializações com ênfase na Saúde Coletiva. A primeira foi especialização em Saúde Coletiva e a segunda especialização foi em Gestão da Atenção Básica pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), e posteriormente ingressei no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Esta formação vem sendo construída para possibilitar a ampliação do conhecimento e saberes importantes para produção do cuidado em saúde, uma prática essencial para mudança no cuidado em saúde.

Posteriormente, fui convidada a assumir a Coordenação da Atenção Básica do Município de Jaguarari e, paralelo a isso, iniciei um curso de especialização pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) sobre Gestão Financeira e Saúde. A partir de então, vendo a demanda existente nas unidades e no hospital municipal de Jaguarari, para atendimento aos usuários de álcool e drogas, realizei um projeto para implantação do acolhimento na busca de reduzir as demandas das unidades com a triagem realizada pela equipe de saúde. Durante este trabalho comecei a observar que no município havia muitos usuários de álcool e outras drogas e que os profissionais informavam não ter preparo para acolhê-los.

Após a criação do projeto, conseguimos a implantação do CAPS I, pois pelos critérios o município não podia implantar um CAPS AD, mas começamos a buscar trabalhar nas

unidades e nos CAPS no atendimento a estes usuários para que pudessem ser assistidos na rede. Tal motivação partiu da necessidade da estruturação da atenção básica local mediante a orientação e organização desse sistema e os demais níveis de saúde para o atendimento às necessidades de saúde das pessoas buscando um atendimento integral.

Durante o desenvolvimento das atividades do CAPS após sua implantação, tive a oportunidade de observar processos de trabalhos fragmentados, sem interação, entre os trabalhadores da equipe e os usuários do serviço, característico do modelo biomédico. Esta realidade poderá se constituir em um empecilho para o desenvolvimento de práticas voltadas para o cuidado em saúde comuns na perspectiva da integralidade nos serviços e nas ações.

Estudar a produção do cuidado da equipe de enfermagem aos usuários de álcool e outras drogas poderá ser relevante na medida em que há perspectiva de uma integração coletiva em prol da qualidade da assistência prestada a estes usuários. Durante minha jornada na gestão da atenção básica, percebi que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas era insuficiente e devido à fragilidade no atendimento ficavam perdidos na rede de atenção à saúde; tal situação causava inquietude e preocupação. Não raro, surgia o sentimento de impotência profissional diante de tal situação.

Nesta mesma época, comecei a trabalhar no curso técnico de enfermagem após aprovação da seleção Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) e passei a ser docente da disciplina Estágio Supervisionado no CAPS do município; através dos estágios realizei visitas informais à Comunidade Terapêutica Ebenezer no município de Senhor do Bonfim. Portanto, percebia a importância dessa integração mediante a interdisciplinaridade dos saberes, práticas, experiências do trabalho de um, reconstruindo o trabalho do outro, das relações entre os saberes entre os sujeitos alicerçadas no vínculo devido à acolhida humanizada, que implica no ato de estabelecer interações na efetivação dos cuidados em saúde a partir da rede de serviços.

Todavia, entendo que essa rede de serviços deverá ser organizada segundo a demanda e as necessidades apontadas no território para desenvolvimento da produção do cuidado pela equipe de enfermagem na rede.

A escolha deste objeto de estudo – produção do cuidado da equipe de enfermagem aos usuários de álcool e outras drogas na RAPS - não foi por acaso, mas da vontade e do desejo de discutirmos sobre o cuidado a partir do trabalho da equipe de enfermagem diante das minhas inquietações como trabalhadora da rede no município de Jaguarari.

Quando pensamos em um modelo integral de atenção aos usuários de álcool e drogas urge considerar outros serviços, além do CAPS AD, tais como: Estratégia Saúde da Família

(ESF), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), agentes redutores de danos, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os CAPS AD, regulamentados a partir da Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, são considerados serviços estratégicos para organização da rede de atenção psicossocial, são referência para um território onde se oferece espaço de acolhimento e convivência para os usuários de álcool e drogas, que desenvolveram processos de ruptura de suas relações sociais. Partindo deste pressuposto, entende-se que a ESF também é uma estratégia fundamental no alcance da produção do cuidado por estar inserida na comunidade e lidar com espaços de trocas sociais entre os usuários do serviço e a equipe de saúde (OLIVEIRA, 2010).

Diante da problemática vivenciada, hoje, com os usuários de álcool e outras drogas em torno do uso de substâncias psicoativas, os CAPS AD consistem em dispositivos importantes para articulação da rede de atenção, podendo desenvolver ações que superem a meta da abstinência total, como a redução de danos, construção de projeto terapêutico singular (PTS), formação de vínculos com o serviço, a fim de investir na vida do usuário e sua adesão ao tratamento (SONZA et al., 2013).

No entanto, a atenção ao usuário de álcool e outras drogas ainda tem como referência modelo tradicional arraigado e é considerado crime e isto implica em problematizar a antinomia que marca posições entre o proibicionismo e a liberalização das drogas na busca da articulação de saberes e práticas e das experiências de forma a produzir conhecimentos que contribuam na construção de uma política pública efetiva no que se refere ao cuidado desses usuários. Na tentativa de recuperar o atraso histórico, no que se refere à atenção aos usuários de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde criou em 2003, a Política Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que propõe ações e serviços a serem desenvolvidos a estes usuários (BRASIL, 2003).

Para tanto, concordamos com Merhy (2003) que o modo da produção do cuidado poderá se revelar de forma eficaz no âmbito da sua micropolítica se houver um método que seja capaz de compreender o modo operativo de cada trabalhador na sua ação cotidiana, inclusive na sua produção subjetiva em ato, que produz o cuidado em saúde.

Desta forma, Franco (2006) defende a ideia de se trabalhar em rede, mas no espaço da micropolítica onde os profissionais operem nas tecnologias das relações e construam seus processos de trabalhos conforme cada realidade dos usuários e a partir daí formam-se as redes de cuidados.

Desse modo, nossa pesquisa, acreditamos, é relevante e inovadora sobre a reorientação das práticas de saúde em enfermagem no âmbito da RAPS no sentido de oportunizar

discussões e reflexões que possam ultrapassar o modelo hegemônico da saúde numa perspectiva da clínica ampliada. A relevância deste estudo aponta para a possibilidade de contribuição para busca de estratégias que oportunizem novas formas de atuação da equipe de enfermagem, vislumbrando uma prática que considere e valorize a articulação do trabalho de enfermagem como fundamental para o atendimento integral das necessidades de saúde dos usuários. Portanto, as contribuições advindas do estudo podem propiciar mudanças em termos de qualidade do serviço de acolhimento, vínculo, resolubilidade e transferência na organização dos serviços e na forma da produção do cuidado.

O trabalho nesses serviços ao longo dos anos instiga-me a refletir sobre o sofrimento, o estigma, o preconceito, e, principalmente, o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas na rede, perceber a angústia das famílias, a aflição, a insegurança dos funcionários. Por fim, percebo as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde envolvidos na produção do cuidado de saber cuidar e deixar ser cuidado.

Para tanto, acredita-se que a RAPS pode operar junto à equipe de enfermagem para a produção do cuidado aos usuários de álcool e drogas para integração com a rede de serviços e o trabalho da equipe de forma integral. Desta forma, a atuação da equipe de enfermagem nos serviços aguça o meu interesse pelo estudo da produção do cuidado na RAPS. Além disso, os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 2010) apontam que o uso abusivo de álcool e outras drogas é um dos principais problemas de saúde pública no mundo e 4,85% das pessoas independente de sexo, idade, raça, nível de escolaridade já usou algum tipo de droga ilícita e este cenário se aplica ao Brasil.

O problema do uso do álcool e drogas está inserido em vários contextos, no que se refere ao social; observou-se através de levantamento domiciliar realizado no Brasil pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicoativas (CEBRID) nas maiores capitais brasileiras (no período 2001/2005) que há uma prevalência no uso de drogas ilícitas, seguida de álcool e tabaco e que o consumo de substâncias como maconha, solvente, cocaína continua alto, principalmente nas classes sociais populares e entre adolescentes e adultos. Conseqüentemente, observa-se que houve aumento do início precoce do uso dessas substâncias, entre adolescentes, não somente pela fase que é de mudanças mas por que o usam como *binge*, pois o consumo causa desinibição deixando-os a vontade para práticas sexuais, tornando sujeitos ao risco, elevando as infecções pelo HIV e Hepatite B e a pauperização do país, apresentando o tráfico como geração de renda e medida de proteção, fatores esses que reforçam a exclusão social dos usuários (GALDUROZ; NOTO; LOCATELLI, 2016).

Luís e Cuneta (2005) observam ainda que no Brasil os estudos sobre substâncias psicoativas não tem sido área de interesse de pesquisa entre os enfermeiros, porém o afastamento do tema não constitui uma exclusividade da enfermagem, mas de todas as áreas.

Evidenciou-se no II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), realizado no Brasil, que as internações no período compreendido entre 1998 e 2008 tiveram uma redução; isto pode ser reflexo da criação do Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) a partir de 2002 no Brasil e do desestímulo às internações em hospitais psiquiátricos (GALDUROZ; NOTO; LOCATELLI, 2016).

Nesse sentido Assis et al. (2015) discutem o cuidado integral em saúde onde afirmam que o mesmo requer uma reflexão crítica das dimensões que o orientam, apreendidas no campo político, organizativo e técnico. O político envolve o acesso aos serviços de saúde e sua complexidade, o organizativo e técnico o acolhimento e o vínculo que possibilitam o matriciamento para a resolução dos problemas e demandas de saúde.

Desta forma, buscou-se trabalhar com os dispositivos de acesso, acolhimento e vínculo para analisar a produção do cuidado da equipe de enfermagem aos usuários de álcool e outras drogas na RAPS de Senhor do Bonfim – BA.

Para tanto, a equipe de enfermagem precisa agir de modo singular na produção do cuidado, pois as práticas de cuidado precisam ser desenvolvidas tomando-se como um de seus eixos a singularidade de cada usuário.

Por ser enfermeira e entender da importância do cuidado para melhoria da assistência prestada ao usuário e que este cuidado precisa ser integrado para atender às necessidades de saúde dos mesmos, tornou-se, então, quase um imperativo, ir em busca de respostas sobre a produção do cuidado da equipe de enfermagem aos usuários de álcool e drogas nos serviços que compõem a RAPS em Senhor do Bonfim– BA, sobretudo, por que ainda observa-se que o cuidado da equipe de enfermagem está fragmentado, é médico centrado, onde os usuários não sentem segurança ao procurar os serviços e, desta forma, abandonam o tratamento, tendo-se um alto índice de abandono dos serviços que os atendem, ficando os usuários perdidos na rede de atenção, além disto, o cuidado deve ser livre de preconceito e estigma.

Este estudo justifica-se pela necessidade de se investigar como está sendo produzido o cuidado a estes usuários, historicamente estigmatizados e estereotipados. Deste modo, argumenta-se que é preciso ver cada pessoa como um sujeito com uma história singular, com demandas, possibilidades subjetivas variadas, e não somente como um usuário de drogas, e por ser a equipe de enfermagem que geralmente acolhe o usuário quando este busca o serviço, surgiram as seguintes questões: como ocorre a produção do cuidado pela equipe de

enfermagem aos usuários de álcool e outras drogas na RAPS em Senhor do Bonfim– BA? Que dispositivos são utilizados para produção do cuidado, pela equipe de enfermagem, nos serviços que compõem a RAPS?

Os aludidos na questão o são em relação às dimensões do cuidado, o termo dispositivo é adotado por Agamben (2005) na acepção de investigar os modos concretos em que as positivities atuam nas relações, nos mecanismos e nos “jogos” de poder. Nesse estudo se refere à disposição de práticas e de mecanismos com objetivo de fazer frente a uma urgência e de se obter um efeito.

O presente estudo poderá contribuir com os órgãos competentes do município de Senhor do Bonfim – BA, pois se propõe a oferecer resultados que propiciem ampliar o conhecimento sobre o cuidado que está sendo ofertado aos usuários de álcool e outras drogas pelas equipes de enfermagem na RAPS, oferecendo assim subsídios que possibilitem implementar estratégias que redirecionem e/ou fortaleçam os serviços, na perspectiva de um cuidado integral.

Desse modo, o objetivo geral é: Descrever a produção do cuidado da equipe de enfermagem aos usuários de álcool e outras drogas nos serviços de saúde que compõem a RAPS de Senhor do Bonfim – BA.

Tendo como Objetivo específico: Mapear os dispositivos como acesso, acolhimento e vínculo, utilizados para produção do cuidado, pela equipe de enfermagem nos serviços que compõem a RAPS.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica é parte fundamental de todo tipo de pesquisa científica. Conforme Assis, Jorge e Franco (2010) é o capítulo que reúne as principais teorias dos autores basilares e obras que irão familiarizar o pesquisador com o assunto alvo de seu interesse. Assim, põe em evidência o amadurecimento da ciência através da quantidade e qualidade das produções naquele particular. Representa o marco conceitual teórico-metodológico e o suporte para as explicações dos achados que serão encontrados ao final do estudo.

2.1 Construção histórica do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas

No século XIX, o Código Penal considerava como crime a venda, administração sem autorização prescrita pelo regulamento sanitário, o uso de ópio e maconha, sendo liberado pelos boticários somente para revendê-los a médicos e cirurgiões. No século XX, a Constituição Federal em seu artigo 159 referia-se às substâncias venenosas, criando-se um estabelecimento específico para internação e regime de trabalho dos intoxicados; tal artigo foi revogado e se estabeleceu a distinção entre a venda e consumo. Desta forma, estaria sujeito à pena de prisão de um a quatro anos todo aquele que vendesse, expusesse à venda ou ministrasse tais substâncias sem autorização e sem as formalidades prescritas. No caso específico do Rio de Janeiro, os médicos legistas e psiquiatras reforçaram a necessidade de uma campanha contra as drogas, exigindo fiscalização das farmácias, a repressão policial aos vendedores e às *fumeries* (locais onde se fazia o uso recreativo da cocaína e do ópio) (LIMA, 2015).

Observou-se que nesta época para o uso das drogas, não se fazia distinção do usuário para o que traficava sendo proibida em vários contextos, exceto para tratamento solicitado por médicos legistas e psiquiatras, porém o que se via era que já estava sendo utilizado de forma indiscriminada por *fumeries* e vendedores, pois apesar da fiscalização não ocorria o devido controle. Isto levava a não diferenciação do dependente para os que usavam para outros fins.

No século XX, o modelo conhecido como Guerra às Drogas, construído nos EUA baseado na repressão ao tráfico e ao consumo, foi adotado por vários países, inclusive o Brasil. As ações eram realizadas sem levar em consideração as particularidades, tanto das substâncias psicoativas quanto da população que as consumiam e o único consenso do modelo para enfrentamento da questão era a guerra (SILVA, 2014).

Desde esta época vem sendo observado que os usuários de álcool e drogas não eram vistos como dependentes químicos, mas sim eram punidos caso houvesse o uso, pois apesar de haver uma distinção entre traficante e consumidor, na prática não funcionava deixando o usuário à margem da sociedade sendo discriminado e punido.

Os cuidados aos usuários de drogas no Brasil ainda estão relacionados a modelos punitivos de tratamento, de reclusão, pautados, sobretudo, no modelo de internação de longo prazo como o único recurso para que as pessoas “se livrem” das drogas. São percebidos como sujeitos que transgridem a ordem social e precisam ser distanciados dos espaços sociais de convivência e, assim, dos serviços responsáveis pelos cuidados à saúde (QUINDERÉ, 2013).

Os transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas suscitam inúmeros prejuízos de ordem física, mental, ocupacional e social nos indivíduos, seus familiares e em toda a sociedade. De acordo com a OMS 0,4% das mortes e 0,9% da parcela de anos de vida útil perdidos por incapacidade são atribuídos ao consumo de substâncias psicoativas. Ademais, estima-se que, em 2010, os transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas corresponderam a 20 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, o que corresponde a 0,8% de todas as causas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (OLIVEIRA et al., 2017).

Estatísticas nacionais realizadas pelo II LENAD mostraram que, dentre as substâncias psicoativas ilícitas consumidas pela população brasileira adulta, no ano de 2012, a maconha predominou em 2,5% desta população, seguida da cocaína, em 1,7%, e estimulantes, em 1,1%. Em relação ao uso de álcool, a prevalência de dependência, em 2012, foi de 10,48% em homens e de 3,63% em mulheres (OLIVEIRA et al., 2017). Estimativas de 2015 do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes evidenciam que aproximadamente 246 milhões de pessoas no mundo, isto é, um em cada 20 indivíduos com idade entre 15 e 64 anos, tenham utilizado substâncias psicoativas no período de um ano.

Ambrósio et al. (2009) reforçam que historicamente as políticas públicas deixaram de lado a questão das drogas, o que possibilitou uma absorção da temática pelas instituições judiciais, religiosas e de segurança pública. A ausência do Estado em relação à questão possibilitou o surgimento de diversos estigmas e ideias pré-concebidas sobre o tema, assim como a atenção aos usuários permaneceu pautada em práticas eminentemente médicas e psiquiátricas, de caráter fechado, excludente, segregador e marginalizante, ou ainda de cunho religioso onde o principal objetivo era a reformulação moral e abstinência total do uso das substâncias (QUINDERÉ, 2013).

Desta forma, há a construção de dois referenciais: o do usuário com a inscrição social do marginal, delinquente e do usuário como um doente. Os profissionais de saúde têm procurado se basear no conjunto de signos que significam o usuário como um doente, embora ainda permaneça construída no imaginário social o significado do usuário como um infrator, perigoso e ameaçador. Deleuze (1987) traz a concepção de signo como objetos de um aprendizado que é temporal e não um saber abstrato. Para Quinderé (2013) seria essencialmente o ato de considerar um objeto, um ser e uma matéria como se emitissem signos que teriam de ser decifrados e interpretados.

Portanto, os problemas de álcool e drogas, até então enfocados a partir de uma ordem moralista e religiosa, começam a ser vistos pela medicina. Junto a esse movimento iniciava-se o olhar patologizante da questão do uso de álcool e drogas, alastrando mundialmente a necessidade de proibição do uso. Esse discurso se fortalece balizado, também, na estratégia de enclausuramento de loucos e pobres em instituições hospitalares. Na história do sistema de saúde brasileiro, um longo caminho foi percorrido para que o cuidado às pessoas que usam drogas fosse incorporado às políticas e endereçado aos serviços de saúde e, em especial, na principal porta de entrada do sistema, que são as unidades de atenção básica (SANTOS, 2017).

No que tange às pesquisas sobre psicoativos, os estudos epidemiológicos sobre o uso de drogas começaram a se desenvolver nos anos 1980 no CEBRID. Nesse sentido, a abstinência não pode ser o único caminho a ser alcançado, mas a proposta é que se busque trabalhar com a singularidade do sujeito, aumentando o grau de liberdade e de corresponsabilidade. Lima (2015) relata que a estratégia da redução de danos (RD) se iniciou nos anos 1980 no Brasil em Santos – SP, destacando-se as estratégias de troca de seringas e prescrição de medicamentos de substituição para usuários de drogas injetáveis. A redução de danos foca a atenção no sujeito, diferenciando-se de uma metodologia passiva, repressiva e excludente.

A redução de danos pode ser definida como um conjunto de medidas em saúde que tem a finalidade de minimizar as consequências adversas do uso/abuso de álcool e outras drogas. As ações de RD possuem como princípio fundamental o respeito à “liberdade de escolha” dos indivíduos, partindo do princípio que não há como eliminar o uso de drogas da sociedade. Mesmo que nem todos os usuários consigam ou desejem abster-se do uso de drogas, preconiza-se, como medida de saúde, a redução dos riscos de infecção pelo HIV e hepatite, assim como também os agravos sociais e psíquicos decorrentes do uso nocivo de drogas (QUNIDERÉ, 2013).

Importante notar que no final da década de 1980, quando se iniciavam estratégias para se trabalhar com os usuários de álcool e drogas através da RD, acontecia, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde se buscavam propostas de melhoria da assistência prestada à população de forma a garantir acesso aos serviços de saúde integral e não excludente e parâmetros para criação do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente através das leis 8.080/90 e 8.142/90.

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, que é considerada um marco na formulação das propostas de mudanças do setor saúde e como base para as proposições da Constituinte de 1987, a saúde passa a ser tomada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e a serviços de saúde. Mediante essa nova concepção de saúde e, conseqüentemente, a necessidade de garantir à população em geral o acesso a serviços de saúde, foi estabelecido nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 os parâmetros para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

Posteriormente, as Leis 8.080 e 8.142 de 1990 regulamentaram o SUS em seus princípios doutrinários, a saber: universalização – significa que o acesso deve ser garantido a todas as pessoas independente de renda, gênero, etnia etc.; equidade – significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (é o princípio da justiça social); integralidade – significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades; promoção da saúde; prevenção de doenças; tratamento; reabilitação (BENEVIDES, 2009).

Nos anos 1990, a estratégia da redução de danos passa a integrar a agenda pública de políticas de saúde, difundindo-se como estratégia por várias nações (LIMA et al., 2015). Porém, tanto na instância médica como jurídica, quando se passou a compartilhar a responsabilidade ou o poder de tratar do usuário e o uso de drogas no Brasil, adotou-se um discurso e medidas de cunho higienista, repressivo e segregativo (SILVA, 2014). No entanto, tornava-se consenso que as drogas deveriam ser tratadas na esfera sanitária e não jurídica.

Outro marco fundamental foi à realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental que expôs em seu relatório final a recomendação quanto à proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais; a redução progressiva dos leitos existentes nesses hospitais; a criação de leitos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica; a reversão da tendência hospitalocêntrica; e, por fim, a recomendação quanto ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional com referência

assistencial ao paciente, inserindo-se, assim, na estratégia de desospitalização (CAMPOS et al., 2011).

Um último ponto diz respeito à participação da sociedade no processo da reforma e à ampliação dos setores nele envolvidos. Nesse aspecto, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, é um marco histórico da reforma psiquiátrica brasileira. A intensa participação dos segmentos sociais envolvidos na questão da saúde mental deixa-se ver no fato de que 20% dos delegados na conferência eram representantes dos usuários dos serviços (pacientes) e de seus familiares.

Paralelamente a esses momentos, no plano do poder executivo, tramitava, no Congresso Nacional, o projeto de Lei nº. 3657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais e de recursos extra-hospitalares de atenção, como hospitais diurnos, hospitais noturnos, pensão e centros de convivência, estimulando, assim, o debate sobre a loucura em todo país.

Vale ressaltar que, até 1992, o projeto tinha sido aprovado na Câmara dos Deputados, encontrando dificuldades no Senado. Ainda assim, seu aparecimento possibilitou muitas discussões em todo Brasil e estimulou a apresentação e a aprovação de projetos de lei em muitos estados como Rio Grande do Sul, Ceará, Distrito Federal e Pernambuco (BENEVIDES, 2009).

Evidencia-se que a ausência de cuidados marca historicamente os usuários de álcool e outras drogas, uma vez que esses têm sido postos à margem da sociedade pelo estigma que carregam em função da ilicitude e moralismos de que se revestem marcados por estereótipos e estigma ainda em nossos dias (SANTOS, 2015).

Sob influência da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o Ministério da Saúde, em 1992, através da portaria nº 224/1992, passou a financiar e normatizar novos serviços de saúde mental, priorizando o tratamento ambulatorial de caráter interdisciplinar (MIRANDA; VARGAS, 2009).

E com a proposta de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), faz que este passe a ser considerado como divisor de águas para a transição do modelo manicomial e hospitalocêntrico para implementação da proposta de uma nova Política de Saúde Mental conforme o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (QUINDERÉ, 2013).

Os CAPS são considerados dispositivos estratégicos da reforma dos cuidados em saúde mental no Brasil, configurando-se simbólica e numericamente como a grande aposta do

Movimento de Reforma Psiquiátrica Nacional, tendo em vista ser a aproximação entre a saúde coletiva e a saúde mental uma necessidade para a constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas (CAMPOS et al., 2011).

No ano de 1993, foi aprovada a Lei Estadual nº. 12.151, de autoria do Deputado Mário Mamede, que dispõe sobre internações compulsórias e delineia um modelo não hospitalocêntrico e cidadão de atenção à saúde mental (CAMPOS et al., 2011).

A partir dos elementos apresentados, pode-se considerar que a reforma psiquiátrica brasileira se configura como um movimento histórico transformador de caráter político, jurídico, social, econômico e cultural do lugar social atribuído à loucura. Em suma, os serviços de saúde mental devem estar integrados à rede de serviços de saúde de um município.

A visão estigmatizada dos usuários de álcool e outras drogas impede que estes tenham acesso digno aos cuidados de saúde. São discriminados em leitos de hospitais, muitos profissionais se negam a atender devido a ser o usuário potencial marginal, assaltante, assassino, ou pelo fato dos profissionais não quererem. A construção social negativa faz com que os usuários tenham dificuldades em acessar os serviços de saúde. Conseqüentemente, há piora dos quadros de saúde dos usuários, que passam mais tempo para buscar os serviços, pois se sentem ameaçados e se percebem como uma ameaça, pois são concebidos como marginais e perigosos. Porém, as compreensões acerca do problema estão associadas às percepções tradicionais que põem aos usuários de álcool e principalmente outras drogas como centros geradores de todos os danos causados à saúde e às repercussões sociais que advêm dos seus efeitos físico-químicos.

Portanto, houve a necessidade de construção de uma nova agenda para redução da demanda e da oferta de drogas no país que contemplasse a integração de outras políticas públicas com a política antidrogas para ampliar ações, descentralizá-las e estreitar relações com a comunidade científica. Em 2001, relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma a busca de estratégias para enfrentar tal problema (BENEVIDES, 2009).

Em 2002, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 816/02, instituiu no âmbito do SUS o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, determinando a implantação de CAPS AD (REINALDO; PILLON, 2007). Posteriormente, em 2003, o governo criou a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

Em 2003, o Presidente da República declarou a necessidade de haver uma integração das Políticas Públicas Setoriais com a Política Nacional Antidrogas para a descentralização

das ações e a parceria efetiva com a comunidade científica e organizações sociais. Tratava-se de uma tentativa de ruptura com a racionalidade punitiva e seus dispositivos disciplinares. Assim, foi elaborada uma política pública específica associada ao consumo de substâncias psicoativas, deslocando-se do âmbito médico psiquiátrico e criminal para a saúde pública em conformidade com o art.196 e da lei nº 10.216/01 (LIMA et al., 2015).

Como parte do processo da reforma psiquiátrica, foi inserido um novo modelo assistencial no campo da saúde mental, os CAPS AD, concebidos como centros de atenção cujo objetivo é buscar inserir os usuários de álcool e drogas na sociedade mediante oferta de cuidados na sua integralidade, sem preconceitos e estigmas de que tanto são alvo, uma vez que, até a década de 1990, eram assujeitados ao modelo tradicional (BRASIL, 2003).

Assim, pensar as drogas hoje implica buscar articular saberes, experiências e dispositivos de forma a produzir conhecimentos que contribuam no cuidado desses usuários (SANTOS; PAULON, 2015). Desta forma torna-se imprescindível a articulação dos CAPS AD com a Atenção Primária em Saúde (APS) e todos os serviços que compõem a rede, para que possam tentar transformar a realidade vivida por estes usuários.

Na atual conjuntura existe um movimento proposto por Mendes (2011) em busca da construção do sistema de saúde com foco nas Redes de Atenção a Saúde (RAS) em detrimento de sistemas fragmentados para que se possa obter o cuidado na sua integralidade e com resolutividade (COSTA et al., 2015). Faz-se necessário, portanto a estruturação de uma rede de atenção à saúde para atender a demanda dos usuários e de suas famílias por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação.

Porém, mesmo que as tecnologias mais estruturadas se consolidem dentro de um modelo hegemônico, há outro postulado fundamental, que se tem verificado como fundamental para a produção do cuidado. Parte-se do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende do trabalho vivo “em ato”, isto é, o trabalho realizado no momento em que esse ato está se produzindo. Essas relações podem ser de um lado sumárias e burocráticas, em que a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, podem ocorrer como relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. Essas relações são chamadas, portanto, de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que as coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado (MERHY, 2002).

Historicamente, a formação do modelo assistencial para a saúde esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto ser originado a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde (MERHY, 2002).

No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, esse modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, em que o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras. Observando o fazer cotidiano de um trabalhador da saúde, no seu microespaço de trabalho, em especial a micropolítica que ali se desenvolve, tem-se constatado que, ao realizar o cuidado, ele opera, no seu processo de trabalho, um núcleo tecnológico composto de “trabalho morto” (TM) e de “trabalho vivo” (TV) (FRANCO, 2006).

Desta forma o que se espera é que o usuário possa ter suas necessidades de saúde atendidas na sua integralidade, mas para isso o uso das “tecnologias leves” precisa se dar pelo encaminhamento seguro e trânsito tranquilo em uma dada linha do cuidado que garanta a integralidade da atenção. Pois se torna fundamental pensar no espaço de trabalho nos serviços de saúde o trabalho em rede com a equipe de saúde e os usuários dos serviços sendo este construído em ato e das relações entre eles, para a partir disso transformar o cuidado em integral e resolutivo.

Em 2011, através da Portaria de nº 3.088, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que é a concretude para compreender a rede assistencial a partir dos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica, tendo como foco o atendimento integral e humanizado. A RAPS é a estratégia adotada pelo SUS para operacionalizar as mudanças no modelo de atenção psicossocial e seu funcionamento depende da interação dos trabalhadores nos diversos espaços e comunidade (BRASIL, 2011).

A construção de uma rede efetiva de atenção a usuários de álcool e outras drogas é considerada um desafio, devido à sua natureza complexa, pois demanda uma articulação intersetorial bem delineada, devido à carência de estruturas de apoio e falta de integração entre os serviços existentes. Essa situação acaba por incapacitar o SUS a prestar uma atenção integral a este público (SCHNEIDER, 2009).

Em que pesem os financiamentos de políticas públicas e a proposta de implantação da RAPS ainda se observa que as propostas até hoje formuladas para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas são fragmentadas e voltadas para o saber médico e para a abstinência, fazendo com que o usuário seja relegado a um plano menos importante. Ao lado disso, a pauperização do país apresenta o tráfico como possibilidade de geração de renda e medida de

proteção, visto que o estigma atribuído aos usuários e a ilicitude do uso das drogas são fatores que reforçam o aumento do consumo (BRASIL, 2003).

O atendimento a essa parcela da população requer que se atente para uma série de particularidades, que exigem uma rede de apoio social e assistencial efetiva, que operacionalize esse cuidado de maneira adequada (GONÇALVES; TAVARES, 2007). Neste sentido é um imperativo posto aos serviços substitutivos considerar que não é o sujeito que deve se adequar à proposta terapêutica institucional, mas, ao contrário, que o serviço seja capaz de absorver as necessidades dessas pessoas, as quais exigem as mais diversas abordagens (SENA, 2010).

A dependência da droga envolve os sujeitos de diferentes maneiras, contextos e circunstâncias por isso a importância de se reconhecer o usuário, suas características, para se buscar formas de contato e vínculo com ele e sua família e assim desenhar projetos terapêuticos singulares (PTS) adaptados às diferentes necessidades (BARBOSA, 2013).

Por isso mesmo, pode-se dizer que a transversalização significa perpassar várias áreas nos serviços, é imprescindível para que se tenham novos olhares e dispositivos de intervenção para os usuários do sistema de saúde. Com a atual política implantada pelo Ministério da Saúde, visa-se reduzir a oferta e a demanda dos usuários de álcool e outras drogas, pois se tratando de um fenômeno complexo com implicações sociais, econômicas, políticas deve-se levar em conta a diversidade e especificidades dos grupos populacionais e das individualidades com seus próprios modos de adoecerem e representarem tal processo (BRASIL, 2003). Atualmente os serviços têm buscado atender aos usuários de álcool e drogas, apesar de não suprir suas necessidades de forma integral, e muitas vezes fazer encaminhamentos desnecessários na RAPS; através do CAPS e CAPS AD já existe um cuidado voltado a esses usuários.

Evidencia-se assim a importância de trabalhar em rede, por que se busca assegurar acesso, vínculo, acolhimento, resolubilidade e responsabilização nas diversas instâncias do cuidado e o tratamento das pessoas em uso de álcool e outras drogas, pois as intervenções reducionistas focadas na substância e tendo a abstinência como único resultado tem efetividade terapêutica questionável. Deste modo, pensar em RAPS é criar diferentes possibilidades de cuidar das pessoas, ou seja, novas estratégias assistenciais (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

A RAPS visa oferecer suporte às necessidades de saúde do usuário, integrando os diversos serviços que a compõem através dos profissionais de saúde, por isso é importante a sensibilização e interlocução contínua para diminuir as barreiras de acesso e evitar a

descontinuidade do cuidado. Criar fluxos de atendimento dentro do SUS e entre os outros setores respaldados por planejamento, monitoramento dessas ações, constituição de espaços coletivos e intersetoriais, envolvimento comunitário, controle social, participação da família e do usuário são imprescindíveis para o cuidado integral (CLEMENTE; LAVRADOR; RAMANHOLI, 2013).

Para Sena (2010), o desafio da produção de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas de forma integral é possibilitar o acesso, o acolhimento, o vínculo através da rede a todos os serviços da rede. Diante disso, esses dispositivos, necessitam ampliar laços relacionais, desenvolver afetos e potencializar o processo terapêutico para se obter a “produção do cuidado” (ASSIS; JORGE; FRANCO, 2010).

No que tange ao acolhimento, Solla (2005) identifica três grandes âmbitos de incorporação do acolhimento no SUS: prática do profissional frente ao usuário em seu processo de trabalho em equipe; ação gerencial de reorganização das práticas nas unidades de saúde e as diretrizes para a política de saúde.

No primeiro destes âmbitos, o cuidado com ênfase nas “tecnologias leves” possibilita a forma efetiva e criativa de manifestações da subjetividade do outro a partir do acolhimento e vínculo. Assim, o acolhimento ultrapassa o ato da “triagem qualificada” ou da “escuta interessada” (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Para Assis, Jorge e Franco (2010), a ideia de vínculo deve nos levar a pensar sobre a responsabilidade e o compromisso. Comprometer-se com o outro, responder à suas necessidades, desenvolver afetos. Enquanto dispositivo orientador de práticas integrais poderia ser usado para tentar compreender as relações sociais no interior das equipes, através do envolvimento entre trabalhadores e as pessoas da comunidade no território. Nesse sentido, é pertinente pensar o vínculo como um instrumento importante capaz de potencializar transformações na prática.

Ao se desenvolver estes dispositivos supracitados buscam-se mudanças na produção do cuidado, pois os mesmos contribuem para o estreitamento de laços entre profissionais e usuários, proporcionando a resolubilidade, modificando a produção do cuidado e potencializando a ação dos profissionais de saúde.

É, pois, nesta direção que se coloca o argumento de Merhy (1997), de que a função da “porta” não é mais barrar e limitar o atendimento e sim responder aos problemas que aparecerem de modo criativo, explorando o acolhimento nas relações, mediante a formação de vínculo entre profissionais e usuários.

O novo agir em saúde só será possível quando os processos de trabalho potencializarem as tecnologias leves, em especial, o vínculo em seu fazer saúde. A interação estabelecida entre os profissionais e o usuário desde o momento em que este busca assistência na unidade, contribui para o estabelecimento de relação de longa duração e para o alcance da efetividade da atenção (ASSIS et al., 2010).

Diante da construção histórica dos usuários de álcool e outras drogas, percebe-se que são marcados pelo preconceito e discriminação até os dias atuais. Mesmo a lei que diferenciava os usuários dos traficantes na prática não funcionava, colocando-os à margem da sociedade, pois eram vistos como transgressores.

Estimativas demonstram o alto consumo destas substâncias principalmente entre homens e os sérios prejuízos mentais, físicos, sociais e até óbitos, sem contar o comprometimento das atividades diárias. Além disso, como tinha um caráter excludente, segregador começou a ser absorvido por instituições religiosas e judiciais e a partir disso começaram a ser vistos de duas maneiras: ou como doentes ou como marginais. Porém com o movimento da reforma psiquiátrica entende-se que o usuário precisa ser cuidado e, a partir da década de 1980, adota-se a estratégia de redução de danos (RD), buscando-se diferenciar do modelo excludente.

Nos anos 1990, a estratégia da redução de danos passa a integrar a esfera pública das políticas de saúde e desta forma os usuários não deveriam ser cuidados na esfera jurídica e, sim, sanitária. A partir de então a I Conferência Nacional de Saúde Mental proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais e recomendava a criação de serviços alternativos a internação psiquiátrica visando a desospitalização.

Ainda na década de 1990 começam a ser implantados os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que passam a ser vistos como uma nova proposta para saúde mental, que tinha como objetivo cuidar dos pacientes de transtornos mentais através de uma equipe multiprofissional para buscar reinseri-los na sociedade. Observa-se que os usuários de álcool e drogas ainda ficam mais de dez anos sem uma proposta efetiva voltada para produção do cuidado. Em 2002 são implantados os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD), que passam a atendê-los de forma muito incipiente, uma vez que ainda não havia uma integração de outros serviços da rede para com este serviço.

A partir de 2003 começou-se a vislumbrar uma integração e parcerias com organizações sociais e os serviços da atenção primária para buscar integrar-se de forma a responder às necessidades de saúde dos usuários de álcool e outras drogas.

Atualmente tem sido muito discutidas a respeito das Redes de Atenção a Saúde (RAS) propostas por Mendes (2011), onde busca-se trabalhar com sistemas integrados em toda a rede de serviços, mas para que haja este trabalho em rede faz-se necessário o compromisso e a responsabilização da gestão e dos profissionais de saúde nos serviços, mas para isto a RAPS precisa estar estruturada e funcionando. Atrelado a isto o uso das “tecnologias leves” proposta por Merhy (2002) torna-se fundamental para que os profissionais e usuários utilizem o “trabalho vivo em ato” para dar respostas às necessidades de saúde dos usuários e consigam atendê-los de forma integral dentro da rede.

Desta forma, espera-se que o uso das tecnologias leves assuma a produção do cuidado, como dispositivo potencializador para uma lógica de trabalho que valorize as subjetividades e as singularidades dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado. Significa dizer que os usuários a partir desta relação irão construir vínculos, desenvolver afetos, ter acesso aos serviços para que possam produzir o cuidado em saúde (MERHY, 2003).

2.2 Enfermagem no cuidado aos usuários de álcool e drogas

O uso abusivo de álcool e outras drogas está relacionado com diversos problemas, físicos, psíquicos, sociais, o que o torna um relevante problema de saúde pública. Na década de 80 do século XX os cursos de enfermagem tinham preocupação com a qualificação dos profissionais dentro do modelo biomédico, revelando uma sintonia entre as escolas de enfermagem, a demanda do mercado e a política de saúde predominante (REINALDO; PILLON, 2007).

Isto nos faz refletir sobre os problemas de saúde atuais, dentre eles o consumo de drogas, e a atuação da enfermagem no cuidado aos usuários de substâncias psicoativas. Para tanto, faz-se necessária qualificação adequada da equipe de enfermagem para trabalhar com pessoas que fazem uso de drogas e suas famílias, visando dar resposta à suas necessidades e atuar junto ao usuário dentro da rede de atenção psicossocial para garantir resolubilidade da assistência prestada. Reconhece-se que os profissionais precisam estar preparados para abordar os usuários não visando à droga em si, mas a forma como usuário se relaciona com ela, o que requer um deslocamento dos(s) paradigma(s) que tenha(m) orientado sua formação inicial.

Segundo Vilela e Scatena (2004), o princípio que rege a enfermagem é a responsabilidade de se solidarizar com as pessoas, os grupos, as famílias e as comunidades, objetivando a cooperação mútua entre os indivíduos na conservação e na manutenção da

saúde. As funções do enfermeiro estão pautadas na promoção, prevenção e na capacidade de assistir ao usuário, família e comunidade. Assim, a equipe de enfermagem não deve resolver o problema do sujeito, mas sim trabalhar com ele, buscando encontrar a solução mais adequada para sua condição, usando seus conhecimentos e habilidades.

Os profissionais de enfermagem são agentes no processo de transformação social participando no desenho e na implantação de programas e projetos de promoção da saúde, prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas e integração social. Valorizando e utilizando o cuidado de enfermagem para promoção da saúde, o enfermeiro poderá transformar a realidade da própria enfermagem, resgatando as condições existentes para se desenvolver um método de trabalho de maior impacto no campo da promoção da saúde (GONÇALVES; TAVARES, 2007).

Nessa concepção de cuidado, faz-se necessário planejar fluxos com ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar, permitindo a inclusão do usuário como protagonista do seu próprio processo de cuidado. Desta forma a RAPS consiste numa rede de cuidados que visa assegurar às pessoas com sofrimento e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas atendimento integral e humanizado. Visa ampliar o acesso da população à atenção e apoio psicossocial e de serviços, espaços importantes para reinserção social. A assistência em rede possibilita construção de uma integração maior dos serviços de saúde mental com os demais serviços nos vários níveis de complexidade e outros setores sociais, contribuindo para a consolidação da cidadania e dos direitos humanos (NOBREGA; SILVA; SENA, 2016).

No que se refere à produção de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas faz-se necessário articular saberes e experiências de forma a produzir conhecimentos para implementação das políticas públicas vigentes em sintonia com a RAPS para garantir acesso, vínculo e inclusão destes na rede (SANTOS; PAULON, 2015).

A assistência aos usuários de álcool e outras drogas supõe promover uma aliança terapêutica através de um ambiente acolhedor, com disponibilidade de escuta, para isto os profissionais precisam estar preparados para abordar os usuários não visando à droga em si, mas a forma como o usuário se relaciona com a substância (FERNANDES et al., 2012).

Um dos pontos nevrálgicos no processo de produção do cuidado em saúde é a anulação das possibilidades de vida que habitam o sujeito e sua substituição por estigmas ou produções indenitárias universais, que passam a representar as existências e as apostas terapêuticas. É imperativo trabalhar com a diversidade de ofertas dentro dos muros dos

serviços, para que os trabalhadores conheçam o usuário nas inúmeras existências que ele produz (MERHY et al., 2014).

O entendimento da produção do cuidado em saúde deve-se ao fato de que tal processo produtivo ocorre a partir de um conjunto de ferramentas e dimensões. As ferramentas determinam-se pelas escolhas tecnológicas, sejam materiais ou relacionais. No caso das dimensões, como o acolhimento e o vínculo, permeadas na prática clínica, podem potencializar a integralidade do cuidado em saúde. Isto é, o reconhecimento da subjetividade na aproximação terapêutica de modo multidisciplinar e resolutivo (SANTOS; ASSIS, 2006).

Nesse sentido, deve haver um comprometimento da continuidade do cuidado e da oferta assistencial nos diferentes níveis de complexidade do sistema, o que implica superar a dificuldade em estabelecer a integralidade, uma vez que ainda se observa uma desarticulação nos diferentes níveis dos serviços de saúde (COSTA, 2015).

No campo do cuidado, Merhy et al., (2014) consideram a integralidade como um potente dispositivo para desencadear transformação das práticas de saúde, onde o trabalhador teria que repensar suas práticas e rever seus valores e conhecimentos para favorecer a construção de uma consciência sanitária. E esta compreensão da integralidade aglutina diferentes dimensões como acesso, vínculo, acolhimento para tentar garantir e facilitar o percurso das pessoas a todos os serviços da rede. De acordo com Assis et al. (2015), para que haja produção do cuidado da equipe de enfermagem faz-se necessário rever ações políticas, organizativas e técnicas, onde o político faz referência ao acesso aos serviços, o organizativo e técnico são retratados nos distintos espaços da rede ao incorporar as dimensões relacionais (acolhimento e vínculo) à clínica que possibilita o matriciamento e viabilizam a conformação das linhas de cuidado para produção do cuidado em saúde. Diante disso, Assis et al. (2015) abordam as dimensões de análise para produção do cuidado:

- Acesso – quando falamos em acesso, não nos restringimos ao acesso geográfico, mas político, econômico, religioso onde precisam ser vencidas barreiras para melhor atender as necessidades dos usuários. Sendo uma das maiores dificuldades dos usuários aos serviços de saúde do sistema e desta forma não tem suas necessidades atendidas.
- Acolhimento – valorizar a comunicação da equipe de saúde com os usuários, enquanto espaço de atenção e escuta ativa, dando respostas adequadas a cada pessoa. Oferta de serviços às necessidades demandadas, bem como a responsabilização integral pelos problemas de saúde de uma coletividade, valorizando as “tecnologias leves” e reconhecendo sua relevância no cuidado em saúde.

- Vínculo – potencializar o afeto e o processo terapêutico, ampliar os laços relacionais. Deve ser inerente ao trabalho em equipe, a fim de que se concretize um trabalho compartilhado colocando o usuário como centro de produção das práticas.

Diante do exposto alguns estudos mostram como o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas tem sido produzido pela equipe de enfermagem.

Estudo realizado por Branco et al. (2013) sobre a atuação da equipe de enfermagem na atenção aos usuários de álcool e outras drogas caracteriza-se por receber o usuário oriundo de outro serviço, identificar ações voltadas para os cuidados gerais, enfatizando a medicação e orientações sobre os encaminhamentos para outros locais de tratamento. Diante do exposto, podemos observar que se faz necessário trabalhar em rede para buscar articulação com os outros serviços sendo o acolhimento essencial nesse modelo de cuidado.

Mendes (2011) ao analisar os sistemas de atenção à saúde relata a importância de se ter sistemas integrados para atender as necessidades de sua população. Pois os sistemas fragmentados tendem a se voltar para atenção a condições agudas e os sistemas integrados a atuar equilibradamente sobre as condições agudas e crônicas.

Evidentemente, tais questões sinalizam desafios para a formação do enfermeiro. Fernandez et al. (2012) em um relato de experiência realizado por acadêmicos de graduação em Enfermagem em um CAPS AD em Pelotas (RS) consideram que a intervenção dos profissionais de enfermagem junto aos usuários de substâncias psicoativas faz com que sintam a necessidade de se qualificar em relação ao suporte técnico-científico, humanitário e social para ofertarem um cuidado visando à integralidade da assistência prestada.

Assis et al. (2015) pontuam que os desafios ao cuidado integral da equipe de enfermagem é a construção de novas bases terapêuticas de modo a garantir um cuidado integral, em contraposição a um modelo tecnicista, individualizado e focado na doença, centrado exclusivamente no conhecimento biológico e na ação individual do profissional. Enfim para um cuidado integral da equipe de enfermagem é necessário resgatar as dimensões: acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, resolubilidade.

Para Silva et al. (2016), o desafio continua sendo uma rede articulada, flexível e resolutiva que facilite o trânsito dos usuários e acolha suas diferentes demandas. No âmbito da gestão buscam-se alternativas frente às demandas de linhas de cuidado e sistemas de referência e contrarreferência. Pois se identificam serviços isolados, fechados em suas rotinas, do que redes articuladas para atender as necessidades dos usuários na sua integralidade. Por isso é necessário à construção de redes de cuidados dispostas no território que ampliem as

relações entre a equipe de enfermagem e os usuários, melhorando o acesso e a comunicação do serviço com a realidade.

Vargas, Oliveira e Duarte (2008) consideram que a temática das representações sociais sobre o dependente químico refere-se à forma como o enfermeiro que trabalha no CAPS AD concebe o dependente químico, neste estudo foi observado que os enfermeiros percebem os usuários de diferentes formas: como aquele que precisa de tratamento como qualquer outra doença, vendo ainda como manipulador sem limites, este resultado preocupa por se tratar de enfermeiros de serviços de CAPS AD, onde se espera que suas representações sejam positivas em relação aos usuários. Além disso, consideraram a dependência química como doença mental, evidenciando-se que os(as) enfermeiros(as) têm recebido pouca informação e treinamento específico sobre a temática.

Pesquisa realizada por Barbosa et al. (2013) sobre as percepções do cuidado de enfermagem a pacientes alcoolistas demonstra que este é pautado no cumprimento de normas e rotinas, que os profissionais da equipe de enfermagem necessitam articular os conhecimentos científicos com o cuidado humanizado, sugerindo capacitações e treinamentos dos profissionais envolvidos no cuidado direto a pacientes alcoolistas, porquanto os resultados do estudo sinalizam que há fragilidade dos conhecimentos teórico-práticos oferecidos a esses profissionais em sua formação.

Para Ortega e Ventura (2013) em experiência feita com a enfermagem para os cuidados de usuário de álcool e outras drogas nota-se que a equipe de enfermagem descreve os usuários como difíceis que distorcem a dinâmica da unidade, indesejáveis, complexos em que os problemas físicos, mentais e espirituais convergem. Ainda afirma que o serviço não está preparado para trabalhar com este público porque falta treinamento, infraestrutura adequada, protocolos; além do medo, rejeição, insegurança e falta de conhecimento para lidar com os usuários de álcool e outras drogas.

Souza e Pinto (2012) apontam alguns resultados já discutidos na literatura, tais como: falta de preparo e capacitação científica dos profissionais de enfermagem para o atendimento a usuários de álcool e de outras drogas, existência de barreiras para iniciar e manter o tratamento (o que dificulta o vínculo) e falta de grupos especiais, nas USF, para os usuários.

Outro estudo realizado por Silva et al. (2016) evidenciou como estratégia do cuidado a criação de uma equipe itinerante, ou seja, uma parte da equipe ir fazer inserção no território, principalmente para aqueles usuários que não reconhecem nos CAPS AD um serviço de cuidado, que possua vínculos frágeis ou que tenha dificuldade de acessá-lo, sendo a visita domiciliar apontada como estratégia de cuidado que cria relações entre a equipe e o território,

pois é por ela que os profissionais enfermeiros podem se inserir no contexto familiar e prestar assistência a todos os envolvidos. Outro ponto abordado seria o profissional morar no território que trabalha, pois cria vínculos e facilita as ações de promoção de saúde.

Ademais, o ensino na formação de enfermagem também precisa passar por mudanças, uma vez que se tem buscado adequar o profissional ao mercado de trabalho ao término da sua formação. Mas, as mudanças precisam também acontecer nos serviços de saúde, cujo entendimento deve partir dos próprios profissionais envolvidos no processo, contribuindo para fortalecer a rede de atenção à saúde (REINALDO; PILLON, 2007).

Luís e Cuneta (2005) observam, ainda, que no Brasil os estudos sobre substâncias psicoativas não tem sido área de interesse de pesquisa entre os enfermeiros, porém o afastamento do tema não constitui uma exclusividade da enfermagem, mas de todas as áreas.

Diante de todos os estudos abordados fica nítida a importância do cuidado da equipe de enfermagem para produção do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Entretanto fazem-se necessárias mudanças nos serviços de saúde e nas ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários da RAPS. Além disso, essa rede precisa trabalhar de forma articulada com os serviços da rede de atenção à saúde.

Para efetivação de um cuidado integral, torna-se fundamental a utilização das dimensões proposta por Assis et al. (2013) para produção do cuidado como: acesso, vínculo e acolhimento para que o usuário consiga caminhar na rede e ter suas necessidades de saúde satisfeitas.

Observou-se também a fragilidade na formação do enfermeiro, a falta de capacitações da equipe de enfermagem para trabalhar com esses pacientes, atendimentos pautados em normas e rotinas, focados na doença, além do preconceito e o estigma evidenciando a necessidade de se utilizar o apoio matricial para melhor articular os serviços e orientar os profissionais dentro do serviço e na RAPS.

3 METODOLOGIA

Entendemos método como conjunto de procedimentos e técnicas que são empregados de modo ordenado e sistemático, para se obter o melhor resultado de uma tarefa. É o caminho que o tema ou objeto de investigação requer, deve reunir métodos, técnicas, instrumento operativo a fim de alicerçar a investigação científica organizada, para que haja o controle das observações e utilização dos conhecimentos teóricos. Portanto, segundo Santana (2010), o método tem a virtude de orientar o pesquisador na busca do conhecimento da realidade, sem, contudo, pretender “embaçar” a sua criatividade e seu talento considerados vitais para a evolução da própria metodologia.

Descreveremos, a seguir, os caminhos que percorremos para aproximação e apreensão da realidade social pesquisada – produção do cuidado da equipe de enfermagem aos usuários de álcool e outras drogas na RAPS em Senhor do Bonfim -, considerando os instrumentos metodológicos, o campo e os participantes do estudo, os quais viabilizaram a construção de saberes e fazeres numa abordagem analítica e crítica.

3.1 Tipo de pesquisa

Neste estudo, a delimitação do objeto e dos objetivos da pesquisa foi construída mediante um movimento contínuo de idas e vindas, com aproximações à medida que íamos definindo o seu caminhar, com uma abordagem dirigida à pesquisa qualitativa.

A pesquisa qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, ou seja, são compreendidas como aquelas capazes de reunir a questão do significado e da intencionalidade, como essenciais aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2014). Assim, não buscamos enumerar ou medir eventos, nosso foco de interesse é mais amplo e parte da perspectiva de obtenção de explicações através do contato direto e interativo da pesquisadora com a situação objeto de estudo.

Por conseguinte, a escolha por esta abordagem de estudo se justifica por ser a que melhor corresponde à busca por compreender a situação problema que é analisar como ocorre a produção do cuidado da equipe de enfermagem aos usuários de álcool e outras drogas na RAPS em Senhor do Bonfim.

3.2 Campo de pesquisa

O município de Senhor do Bonfim teve origem no povoamento da região por portugueses, com elementos escravos e indígenas, ao seguirem a rota das bandeiras que se dirigiam às margens do Rio São Francisco, ou às minas de ouro de Jacobina, que atraíam inúmeros aventureiros.

A área onde está localizada a cidade de Senhor do Bonfim, ainda no século XVII, abrigava apenas rancharia e tropeiros. Esse primitivo núcleo demográfico situava-se à margem de uma lagoa, recentemente drenada e coberta aos fundos da atual Praça Juracy Magalhães, na confluência com as ruas José Jorge, Visconde do Rio Branco e Irecê.

A povoação mais próxima, naquela época, era o arraial de Missão do Sahy, em cujas proximidades se localizavam o aldeamento dos índios Pataxós, primitivos habitantes da região. Aquele arraial era dirigido pelos religiosos franciscanos, em torno da primeira rancharia foram construídas novas habitações à margem da “estrada das boiadas”, atualmente Estrada Real Bonfim – Juazeiro -, desenvolvendo-se uma povoação que em 1750 recebeu oficialmente o nome de Arraial Senhor do Bonfim da Tapera.

Pela Lei provincial nº 2.499, de 28 de maio de 1885, a Vila Nova da Rainha foi elevada à categoria de cidade, com o topônimo de Bonfim, que, também, designava o município até 1944. De acordo com a Lei nº 628, de 30 de dezembro de 1953, o município de Senhor do Bonfim passou a ser constituído de cinco distritos: Senhor do Bonfim (sede), Carrapichel, Andorinha, Igara e Tijuacu.

A cidade de Senhor do Bonfim sedia uma diocese, criada pelo papa Pio XI em 06 de abril de 1933. O bispado de Senhor do Bonfim abrange uma grande área do norte baiano, aqui instalado desde 19 de dezembro de 1935, na presença de Dom Augusto Álvaro, o Cardeal da Silva.

Senhor do Bonfim é a terra do primeiro governador constitucional da Bahia, Dr. José Gonçalves, como também a primeira localidade na Bahia onde foi hasteada a bandeira nacional no pós-república. Esta bandeira é a que representa nosso país na atualidade.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) a cidade de Senhor do Bonfim possui uma área territorial de 827,487 km². Está situada no Piemonte da Chapada Diamantina, a 375 km de Salvador, possui cinco distritos (Quicé, Igara, Carrapichel, Tijuacu e Missão do Sahy) e treze povoados. Entre os mais populosos da Bahia, a população estimada para o ano de 2013 equivale a 80.258 habitantes (IBGE, 2013). Faz

limite com os municípios de Andorinha, Jaguarari, Antônio Gonçalves, Campo Formoso, Filadélfia e Itiúba.

Sede da 28ª Região Administrativa da Bahia, Bonfim está às margens da BR 407. Com clima temperado e altitude de 550m, tem a temperatura média de 23 graus, podendo chegar a 12 graus no inverno.

A região de Senhor do Bonfim é uma rica província mineral, destacando-se a grande população de cobre (Mina da Caraiá), cromo (Mina de pedrinhas e Ferbasa), ouro, vanádio, magnesita, ferro, manganês, calcita, granito, ametista (Mina da Cabeluda), esmeralda (Minas da Caraiá e Socotó) e níquel.

Possui uma intensa atividade agropecuária, com produção considerável de milho e feijão bem como gado de corte. Destaca-se também na pecuária leiteira. Possui dois matadouros para bate de gado bovino, caprino e ovino. Começa a se destacar também na produção de suínos. Merece destaque a agricultura familiar que serve de sustento para uma parcela considerável da população, geralmente esta produção é comercializada na feira livre, pelos próprios produtores.

É sede de um Instituto Federal de Educação, ciências e tecnologia (antiga escola agro técnica), onde se formam jovens que irão atuar na administração e mão de obra direta em todo parque agroindustrial. Esta escola possui um parque magnifico, onde os alunos aprendem as diversas técnicas *in loco* com criatórios diversos de animais e cultivo de frutas e legumes que se adaptam ao micro clima local.

O IDHSUS (2013), que é um indicador que faz aferição contextualizada de desempenho do SUS, avaliando o acesso e a efetividade do Sistema de Saúde, no município de Senhor do Bonfim, é de 4,96 (PMS, 2014-2017).

Segundo o Plano Municipal de Saúde (SENHOR DO BONFIM, 2014-2017) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SENHOR DO BONFIM, 2017), o município de Senhor do Bonfim possui 73% de cobertura de ESF, perfazendo 16 equipes, dois Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), uma Equipe de Atenção Domiciliar (EMAD). Na média complexidade conta com serviços de um CAPS, um CAPS AD, um Hospital Regional, uma Sala de Estabilização, um Centro de Especialidade, um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Apresentando, desta forma, serviços que compõem a RAPS e visam garantir resolutividade do cuidado e tratamento aos usuários de álcool e outras drogas.

O estudo será desenvolvido no CAPS, CAPS AD, I CENTRO DE SAÚDE, serviços que compõem a RAPS do município, a escolha justifica-se pelo fato de se tratar dos serviços

que atendem usuários de álcool e outras drogas na rede, e que visa a ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental decorrente do uso de álcool e outras drogas.

3.3 Participantes da pesquisa

Fizeram parte da pesquisa dois grupos de sujeitos: enfermeiros e técnicos de enfermagem do CAPS I, CAPS AD e I Centro de Saúde. Sendo um enfermeiro em cada serviços dos centros de atenção psicossocial (CAPS I e CAPS AD) e quatro enfermeiros da atenção básica pertencentes ao I centro de saúde, onde funciona duas ESF. Quanto aos técnicos de enfermagem, participaram da pesquisa dois técnicos de enfermagem do CAPS I e três técnicos de enfermagem do I centro de saúde todos, da ESF. No serviço do CAPS AD no momento da entrevista não havia técnico de enfermagem, somente enfermeira.

Grupo 1 – Enfermeiros do CAPS I, CAPSAD e do I centro de saúde;

Grupo 2 – Técnicos de enfermagem do CAPS I e do I centro de saúde;

No momento da entrada no campo de estudo, buscamos identificar os sujeitos a partir da disponibilidade dos mesmos em participar da pesquisa. Após o contato houve uma recusa em participar do estudo, uma demissão e um profissional que entrou de férias.

Participaram da pesquisa um total de 11 profissionais dos dois grupos, selecionados pelos seguintes critérios: Os critérios de inclusão foram ter permanência mínima de seis meses no serviço, atuando na atenção direta e/ou indireta. Não houve critérios de exclusão. Para tanto, seguimos o critério de saturação (MINAYO, 2014) quando o entendimento, a homogeneidade, a diversidade e a intensidade das informações neste estudo eram revelados e seus conteúdos começaram a se repetir, caracterizando a saturação dos dados.

Tal pesquisa nos possibilitou estudar o objeto investigado em suas múltiplas dimensões, tornando-se válida pela potencialidade e abrangência da compreensão do objeto estudado.

3.4 Procedimentos de produção de informações

Foi realizada uma visita à Secretaria Municipal de Saúde de Senhor do Bonfim, junto à Superintendência de Atenção à Saúde, na oportunidade o projeto de pesquisa foi explicitado em relação ao problema, objetivo, justificativa e questões éticas, solicitando-se permissão para sua realização mediante a entrega de ofício da Coordenação do Mestrado Profissional em

Saúde Coletiva à secretária municipal de saúde do município. A inserção da pesquisadora no campo de pesquisa, ou seja, nos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), somente ocorreu após autorização da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação do projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Foi realizado um contato prévio com a equipe de enfermagem de cada serviço, para fins de apresentação do projeto de pesquisa. Acredita-se que o contato prévio, por meio do diálogo e esclarecimento da proposta de investigação, favoreceu a aproximação entre a pesquisadora e os profissionais da enfermagem. O período de obtenção dos dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos através do parecer de nº 74539617.

3.5 Técnicas e instrumentos de produção de informações

Como se trata de um estudo qualitativo, uma das técnicas de coleta de dados foi a entrevista, por possibilitar a obtenção dos dados através do sujeito entrevistado, ou seja, buscaram-se apreender seus valores, opiniões, atitudes.

Desta forma, a entrevista permitiu que houvesse uma interação entre a pesquisadora e os participantes do estudo, uma vez que não se desejava somente coletar dados, mas estabelecer um momento de interação e compreensão da realidade social pesquisada.

A entrevista foi do tipo semiestruturada, que é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo, consiste numa conversa entre dois ou mais sujeitos a fim de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa (MINAYO, 2014). Isso possibilitou o participante dialogar com a pesquisadora sobre os temas objeto de estudo, conforme roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE A), o qual funcionou como um guia para orientar o andamento da interlocução, possibilitando o conhecimento do trabalho da equipe de enfermagem na produção do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018 no CAPS I, CAPSAD e I Centro de Saúde, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

No início do trabalho de campo, foi realizada apresentação do projeto à coordenação de cada equipe do serviço de saúde, com o ofício da Secretaria Municipal de Saúde autorizando a pesquisa. A maioria dos participantes, ao serem esclarecidos sobre os objetivos do estudo, aceitou participar, com exceção de um profissional.

A pesquisadora solicitou o auxílio da direção do serviço a fim de disponibilizar um local que garantisse a privacidade dos participantes no momento da entrevista favorecendo, assim o processo de obtenção das informações. O local e o horário escolhidos para realização das entrevistas foi combinado entre a pesquisadora e os participantes. Todos optaram pelo local de trabalho no horário do expediente como apropriado a cada um dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas nos consultórios de enfermagem dos serviços, respeitando a privacidade do entrevistado conforme resolução 466/12 (BRASIL, 2013).

O tempo de duração das entrevistas variou de cinco minutos a vinte e três minutos, foi utilizado um gravador com a autorização dos participantes, para que fosse garantida a fidedignidade do registro das respostas. Para participar da pesquisa os profissionais assinaram um o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), assinando-o em duas vias, autorizando sua participação, ficando com uma cópia do mesmo.

A segunda técnica escolhida de forma complementar a entrevista foi a observação sistemática, aquela que permitiu a pesquisadora – observadora, *a priori*, saber o que desejava pesquisar e assim possibilitou o reconhecimento da realidade a partir de um roteiro (APÊNDICE B) como guia para coleta de informações, conforme orienta Santana (2010). Para a autora a observação sistemática é aquela que é subsidiada por um planejamento anterior, acompanhada de um roteiro com temas ou assuntos a ser observada, uma espécie de guia para organização e registro dos dados coletados.

Os participantes foram informados, verbalmente, que estariam sendo observados durante o trabalho na consulta de enfermagem e durante os trabalhos desenvolvidos pela equipe de enfermagem. Na oportunidade esclarecemos sobre os objetivos da pesquisa. As observações foram realizadas diariamente, no mesmo período de entrevistas, nos três serviços pesquisados.

Nesta etapa, a atuação baseou-se na observação do trabalho da equipe de enfermagem que se dispôs a participar da pesquisa. Observou-se as atividades realizadas para produção do cuidado no CAPS I, CAPSAD no acolhimento (triagem) do usuário realizado pelo recepcionista, pelo técnico de enfermagem, na dispensação da medicação na farmácia, nas oficinas realizadas pelo Programa Todos pela Educação.

Na recepção do CAPS I, acompanhamos o acesso dos usuários para agendamento do atendimento médico onde esse acesso é feito através de demanda programada semanalmente. O usuário da demanda espontânea tem contato com a recepção, momento em que expressa sua necessidade e a depender da sua necessidade é encaminhado para o atendimento com a enfermeira.

Foi utilizado, de forma complementar, o Plano Municipal de Saúde (2014-2017), Relatório Anual de Gestão do Município de Senhor do Bonfim (2017), sendo que visa a estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionados (LUDKE; ANDRÉ, 2005). Todos os documentos foram solicitados à Secretaria Municipal de Saúde do município, através de ofícios dirigidos a Secretária de Saúde e, posteriormente, após anuência do gestor responsável houve liberação dos documentos.

3.6 Análise de dados

Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo, conforme Minayo (2014) com uma aproximação crítico-analítica.

Minayo (2014) destaca que a análise de conteúdo temática “parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material”. A unidade temática consiste em descobrir núcleos do sentido, que conformam a comunicação proveniente do material empírico, recortada pelo sentido do texto e não da forma, dando significado às dimensões analíticas propostas para o estudo (ASSIS; JORGE; FRANCO, 2010).

Na sistematização da análise, seguimos o que propõe Minayo (2014) e Assis, Jorge e Franco (2010), respectivamente, para o processo de ordenação, classificação e análise final dos dados.

Na etapa de **ordenação dos dados**, realizamos a organização do material empírico (documentos, transcrição das entrevistas e notas da observação de campo). Ao final das entrevistas, as gravações foram ouvidas várias vezes a fim de entender o seu conteúdo. Após as transcrições das entrevistas, observações e dos documentos, fizemos uma leitura flutuante desses dados empíricos, deixando-nos “invadir” pelos conteúdos. Aos poucos a leitura foi se tornando mais nítida, o que nos permitiu o conhecimento das primeiras impressões sobre os dados, levando-os a identificação dos núcleos do sentido. Posteriormente realizou-se a constituição do *corpus*, que se refere à organização do material de maneira a obedecer a alguns critérios de validade (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência).

A segunda etapa foi a **classificação dos dados**, a partir da leitura desses dados de forma exaustiva, visando a agregar e enumerar os dados para representação dos conteúdos e codificação, conforme a ilustração do Quadro 2.

Entrevistados	ENT.1	ENT.2	ENT.3	...	ENTE.11	SINTESE HORIZONTAL
Núcleos do Sentido						
Acesso						
Acolhimento						
Vínculo						
SINTESE VERTICAL						

QUADRO 1 – Síntese das entrevistas dos participantes do estudo, Senhor do Bonfim-BA, dez./mar. 2018.

A síntese vertical no Quadro 2 se refere à compilação das ideias que foram identificadas nas entrevistas como palavras chaves, em relação ao objeto de estudo da pesquisa, depois de identificados nas entrevistas obtivemos uma visão geral a partir do entendimento de cada entrevistado sobre o que cada núcleo representa. A síntese horizontal nos permitiu a compreensão sobre todos os núcleos de sentidos na perspectiva dos entrevistados.

E a terceira etapa que consistiu na **análise final dos dados**, em que os resultados foram tratados e submetidos a uma vinculação com a realidade. Em seguida foi feita a triangulação dos dados, como coloca Minayo (2014) a triangulação permite que a entrada de outras interpretações seja uma maneira de abrir o conhecimento e, desta forma, garantir a universalização do saber, e assim permitir uma eficiente validação. Nessa triangulação, combinamos e cruzamos os múltiplos participantes e as técnicas de coleta de dados (entrevistas, observação e análise de documentos) sustentados com o referencial teórico. A partir daí, trabalhamos com a categorização, que consiste na classificação dos dados a partir das convergências e diferenças das falas, observações e dados dos documentos com posterior reagrupamento, em função das características comuns (MINAYO, 2014).

Após apropriação das informações por meio da identificação dos núcleos do sentido retirados das falas dos entrevistados, elaboramos a categoria empírica do estudo, como representa o Quadro 2 a seguir.

Entrevistados	ENT.1	ENT.2	ENT.3	...	ENT.11	SINTESE HORIZONTAL
Categoria						
Dispositivos para produção do cuidado: descompasso entre o que se faz e o que é preconizado						
SINTESE VERTICAL						

QUADRO 2– Síntese da Categoria empírica a partir dos núcleos de sentido retirados das entrevistas realizadas no estudo, Senhor do Bonfim-BA dez./mar.2018.

3.7 Aspectos éticos

Antes de iniciar a pesquisa, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS com o objetivo de ser apreciado e obter aprovação para ser realizado. Após aprovação, a coleta de dados foi iniciada.

Para operacionalizar a coleta de dados foi encaminhado um ofício à Secretaria Municipal de Saúde do município a ser pesquisado, obtendo assim, autorização para a realização do mesmo.

As pessoas que aceitaram voluntariamente foram informadas sobre o estudo; posteriormente, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) respaldado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013). Logo após a leitura, aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram o termo em duas vias que também foi assinado pelas pesquisadoras.

Foram respeitados o local e os horários marcados. Procedemos às entrevistas, que foram gravadas e transcritas. As gravações, contendo as informações foram arquivadas após as transcrições e as laudas das transcrições guardadas, quando deverão ser destruídas após cinco anos.

Nenhuma pesquisa está livre de riscos, desta forma a presente pesquisa tomou precauções para que todos os direitos dos sujeitos fossem respeitados, sobretudo, em sua autonomia, sendo-lhes assegurado o sigilo e o anonimato quanto às informações prestadas.

Para tal fim, o tema da pesquisa e os seus objetivos foram apresentados às equipes de enfermagem que compõem os serviços da RAPS. No momento foi informado que a participação era voluntária, e que a pessoa tinha liberdade para recusar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que houvesse nenhum problema.

Foi informado para as pessoas que aceitaram participar da pesquisa, que a entrevista seria gravada, desde que concordassem com tal procedimento. O áudio da entrevista poderia ser ouvido pelo participante, submetendo-o a modificações, retiradas de trechos ou da entrevista completa, a seu critério. Desde que o participante autorizasse, as informações fornecidas seriam digitadas e arquivadas, respeitando-se o seu anonimato, no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado (NUPEC), por cinco anos e após isto seriam destruídas.

Assegurou-se que as informações fornecidas na pesquisa foram utilizadas mediante sua autorização, para fins de produção da dissertação, de artigos e apresentação em eventos científicos, e ninguém teria conhecimento de quem as forneceu para preservar a identidade dos participantes e evitar qualquer impedimento à livre expressão de opiniões, garantindo a confidencialidade, o anonimato, a privacidade e o sigilo. O anonimato foi garantido através do uso da letra E, de entrevistado, seguida do número de ordem da entrevista, conforme exemplo (E1, E2...).

Comunicamos ainda que não houve nenhum tipo de despesa para participar da pesquisa ou pagamento pela participação, a qual é voluntária.

Neste estudo os riscos possíveis poderiam estar associados ao receio em abordar os temas propostos, a ter que relembrar momentos da rotina do trabalho ou ainda, por constrangimento diante da pesquisadora. Caso fosse necessário, suspender-se-ia a pesquisa imediatamente a fim de evitar algum risco ou dano ao participante.

Os prováveis benefícios consistem em oferecer subsídios que contribuam com mudanças no modo de cuidar com acompanhamento, orientação, assistência, integração com outros serviços para posterior reinserção social, buscando melhoria da assistência prestada aos usuários e à comunidade na qual estão inseridos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material registrado das entrevistas com a equipe de enfermagem no CAPS, CAPS AD e um centro de saúde, permitiu delinear a categoria empírica para a condução do trabalho. Os resultados da pesquisa foram organizados em dois capítulos. No primeiro contam dados de caracterização dos participantes. O segundo capítulo aborda os dispositivos para a produção do cuidado que contempla os dispositivos para o cuidado: acesso, acolhimento e vínculo.

4.1 Perfil dos participantes

Observou-se que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino e apenas dois do sexo masculino, com idades de 28 a 53 anos, predominantemente pardos. No que tange à categoria profissional, entre os participantes do estudo, quatro são enfermeiras do I Centro de Saúde, uma do CAPS I e uma do CAPS AD e são técnicos de enfermagem, cinco do I Centro de Saúde, duas do CAPS I e uma no CAPS AD.

Quando interrogados quanto ao tempo na equipe, a resposta variou entre 06 meses a 24 anos que estavam nos serviços, porém quando questionados quanto ao tempo com esta experiência de trabalhar com usuários de álcool e outras drogas, a maioria informou ter menos de um ano, porém quanto a experiência anterior com usuários de álcool e outras drogas o estudo mostra que a maioria dos entrevistados refere não possuir experiência anterior com usuário no serviço evidenciando uma dificuldade ao cuidado desses no serviço (APÊNDICE A).

Dos entrevistados, 01 tinha idade abaixo de 30 anos, 05 tinham idade entre 30 a 36, 03 tinham idade entre 40 a 45 anos e 02 tinham idade acima de 50 anos. A variação de faixa etária das entrevistas (28 a 53 anos) evidencia como a enfermagem está dentro dos serviços, mas ainda distante do cuidado dos usuários de álcool e outras drogas, além disto, esta nítida que os mesmos também têm adentrado pouco aos serviços da atenção básica. Ademais a ampla faixa etária apresentada pelos colaboradores, que integram diferentes gerações, permite identificar o caráter transgeracional do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Em relação à raça, os colaboradores declararam-se, predominantemente, como pardos, refletindo o perfil dos profissionais da presente pesquisa nos três serviços estudados.

Partindo dessa premissa, durante as observações nos serviços percebe-se uma maior proporção de usuários de álcool e outras drogas, no CAPS I do que no CAPS AD, onde foi relatado por familiares o contexto de elevada vulnerabilidade social, com limitações de acesso

à renda, saneamento, moradia, dentre outros. Neste cenário, foi possível observar que os usuários de álcool e outras drogas procuravam mais o CAPS I devido ter maior resolutividade na atenção do que no serviço do CAPS AD. Especificamente neste caso, o familiar verbalizou que vinha até esse serviço por que conseguia obter respostas ou pelo menos uma receita para medicação. Isso mostra as precárias condições do serviço e da equipe em acolher e viabilizar um cuidado integral e resolutivo.

Quanto à categoria profissional, houve predomínio de enfermeiros (06) seguidos de técnicos de enfermagem (05). Infere-se que este fato reflete como é enorme o quantitativo de enfermeiros e técnicos de enfermagem nos serviços, motivo pelo qual acabam recebendo e tendo o primeiro contato com os usuários quando adentram aos serviços. Para alguns dos entrevistados, os serviços não teriam como atender os usuários de álcool e outras drogas porque não era o serviço adequado e que precisavam de um suporte maior do que o que possuíam, evidenciando a falta de conhecimento do cuidado que poderiam prestar a estes usuários.

Quando questionados sobre o tempo de atuação na função atual, 06 dos entrevistados têm um ano ou menos e os outros tem mais de 08 anos. Destaca-se que independentemente do tempo o que chama atenção é que estão exercendo suas atividades, porém observa-se que o fazer é voltado para procedimentos e técnicas e não para o cuidado ao paciente, seja ele usuário de álcool e outras drogas ou não. Conforme registro no diário de campo, em um dia de entrevista, foi observado o atendimento a esses usuários e como o trabalho ainda é tecnicista e médico centrado. Este episódio permitiu refletir o quanto o usuário de álcool e outras drogas é cuidado e o quanto ainda precisa ser feito para melhoria deste cuidado, principalmente pela equipe multiprofissional que acolhe este usuário.

Dentre os entrevistados, a maioria referiu não possuir experiência anterior com usuário de álcool e outras drogas, refletindo a ausência de capacitação, qualificação e vontade da equipe para melhoria da assistência prestada. Ademais, há um cuidado fragmentado, tecnicista e emergencial, refletindo o caminhar na rede de muitos usuários por não terem suas necessidades de saúde atendidas.

O Quadro 3, a seguir, caracteriza o perfil dos participantes do estudo.

PARTICIPANTE	CATEGORIA PROFISSIONAL Enfermeiro – 1 Tec. Enf – 2	SEXO (F/M)	IDADE (anos)	TEMPO DE ATUAÇÃO NA EQUIPE	EXPERIENCIA COM USUARIO DE ALCOOL E DROGAS
ENT.1	1	F	36	01 ano	Sim
ENT.2	1	F	42	01 ano	Sim
ENT.3	1	F	28	06 meses	Não
ENT.4	1	F	31	01 ano	Sim
ENT.5	1	M	30	01 ano	Não
ENT.6	1	F	31	01 ano	Não
ENT.7	2	M	50	24 anos	Não
ENT.8	2	F	36	19 anos	Não
ENT.9	2	F	41	18 anos	Não
ENT.10	2	F	44	11 anos	Alguma
ENT.11	2	F	53	08 anos	Não

QUADRO 3 - Caracterização do perfil dos participantes do estudo, Senhor do Bonfim – BA, mar. 2018.

4.2 Dispositivos para produção do cuidado: descompasso entre o que se preconiza e o que se faz

Ao estudar a produção do cuidado da equipe de enfermagem na RAPS, entendemos que ela conduz e busca de resolução das necessidades de saúde dos indivíduos, a fim de que os mesmos sejam atendidos na sua integralidade, na medida em que o cuidado deverá traduzir conexões de diferentes ações da equipe. Isso implica dizer, compartilhar as ações e o planejamento delas, onde o diálogo contínuo irá permitir a aproximação entre equipe de enfermagem e usuários, gerando confiança, respeito, vínculo a fim de que se alcance o cuidado aos usuários.

Ao nos referirmos aos dispositivos para produção do cuidado, partimos do entendimento e dos termos utilizados pelos entrevistados na perspectiva do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas na RAPS. Desta forma, para discutirmos os dispositivos para produção do cuidado, nos reportamos ao conceito de dispositivo trazido por Agamben (2005), na acepção de investigar os modos concretos em que as positivities atuam nas relações, nos mecanismos e nos “jogos” de poder. Nesse estudo, se refere à disposição de práticas e de mecanismos com objetivo de fazer frente a uma urgência e de se obter um efeito. E são constituídos pelo acesso, acolhimento e vínculo.

Para Assis et al. (2015), o acesso é demarcado pelo campo político, considerando o acesso aos serviços de saúde, relacionando-o às condições de vida, poder aquisitivo, educação, questões econômicas, culturais, valores, identidades e as organizativas do sistema, desde o fluxo de atenção, a oferta e necessidades de práticas e serviços conforme necessidade demandada pela população. No acolhimento, valoriza-se a comunicação da equipe com os usuários, enquanto espaço de atenção e escuta ativa, dando respostas adequadas a cada pessoa em todo seu percurso dentro da rede. Prevê ainda a oferta de serviços às necessidades demandadas, bem como a responsabilização integral pelos problemas de saúde de uma coletividade, por meio de tecnologias disponíveis, valorizando as tecnologias leves. O vínculo pode possibilitar a ampliação dos laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico.

Nesse estudo, quando perguntados sobre a compreensão da equipe de enfermagem acerca da produção do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, obtivemos respostas convergentes, porém contraditórias, entre as enfermeiras da unidade básica de saúde e as enfermeiras do CAPS e CAPS AD.

Existe a entidade (serviço) para se cuidar dele, não faltar às medicações, para cuidar dele, existe o tratamento psicológico, psicoterapêutico no caso, com psiquiatra, medicação, palestras, oficinas, isso não tem como ser aqui, mas existe o CAPS que eu acredito que isso daí tudo ajuda muito eles na recuperação (EG8).

O nosso cuidado é assim um cuidado maior porque o usuário de álcool e outras drogas eles são pessoas... que eles têm muitas questões é de os problemas maiores deles são questões psicológicas, em relação a questões sociais, a gente tem que ter um cuidado maior porque a gente tem que ver um todo, então a gente precisa de um cuidado maior porque nós precisamos ter uma rede mais reforçada em questões sociais (EG1).

No momento em que os excertos dos entrevistados EG1 e EG8 convergem sobre a compreensão da produção do cuidado aos usuários da RAPS, evidencia-se o cuidado que necessitam ter com os mesmos, pois acreditam que existe um lugar específico para esse cuidado ser prestado. Por outro lado, EG1 também acha que este cuidado é um cuidado “maior”, por exemplo, nas questões psicológicas, mas não referiram como precisaria ser esse cuidado.

Parece haver um desconhecimento do que venha ser o cuidado dos usuários na RAPS, uma vez que o entrevistado entende que os usuários de álcool e outras drogas só podem ser atendidos no CAPS, distanciando-se do que é “o cuidado” na RAPS. Desta forma, o desafio se reporta ao rompimento com a prática vigente e aponta para produção do cuidado, na perspectiva da prática integral, corresponsável e resolutiva.

No entanto, para que exista a produção do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, faz-se necessária a integração entre a equipe de enfermagem e os usuários dos serviços para juntos construírem coletivamente suas ações. Oliveira e Santos (2010) trazem que é imprescindível que o cuidado produzido pelos profissionais de saúde seja embasado na escuta, acolhimento, ética, diálogo, autonomia, respeito, liberdade, cidadania e criatividade de modo a impulsionar mudanças nas suas práticas. Contudo, precisa haver compromisso e responsabilidade compartilhada dos profissionais em todas as suas ações. Porém, nesse relato apresentado, observa-se que os profissionais se limitam ao seu campo de atuação indo de encontro à produção do cuidado, além de tornarem-se distantes de práticas de integração.

No momento da observação nos *loci* que serviram de campo empírico de estudo, vimos que a prática se caracteriza pela divisão técnica do trabalho, onde os profissionais cumprem atividades que acreditam ser de sua responsabilidade, além disso, se valorizam os procedimentos, tais como aplicação de injetáveis, dispensação de medicamentos, triagem, consultas e prescrição, o que não condiz com um trabalho coletivo, no qual o trabalhar em equipe perpassa movimentos criativos que busquem a dinâmica do “trabalho vivo”, onde se dão os processos das relações com os usuários e a equipe, uma vez que a busca pelo fazer através das tecnologias leves (das relações) se expressa pelo trabalho interativo (MERHY, 2006).

Desta forma, espera-se que o uso das tecnologias leves assuma o comando da produção do cuidado, servindo como dispositivo potencializador para uma lógica de trabalho, que valorize as subjetividades e as singularidades dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho (MERHY, 2002). Por outro lado, nos depoimentos abaixo já se percebe que os EG3 e EG5 entendem que o cuidado a ser dispensado aos usuários de álcool e outras drogas nos serviços que compõem a RAPS não deve ter diferenciação e há necessidade de se utilizar dispositivos para que ocorra a produção do cuidado em saúde.

Na verdade, é um cuidado igual a todos os pacientes que a gente atende aqui, tem que ser um cuidado igual [...] e cuidado continuado, tem que ter visita domiciliar, tem que ter o acolhimento do enfermeiro, do médico, da equipe... (EG3).

Cada paciente traz consigo uma história e uma realidade, eu acho que o primeiro caminho é não diferenciar. Eu acho que eles precisam ser tratados como qualquer outro paciente, porque infelizmente existe a questão do preconceito de ser uma pessoa que esteja no momento alcoolizado ou então que esteja no momento é... em uso de substância, de algum entorpecente, acho que o primeiro caminho é tratar como se estivesse tratando qualquer outro paciente com o mesmo respeito e isto não existe (EG5).

Com a gente eles são bem cuidados, são cuidados de igual para igual, mas tens uns que não gostam que toquem neles, então eu acho que precisa mudar muito essas coisas o preconceito, é doido, é louco lugar de louco... doido não precisa

comer uma pizza, chupar um picolé, doido não precisa comer uma fruta diferente, até uma fruta, que é uma coisa simples (EG11).

Porém ainda existe o preconceito e o estigma arraigados, que permeiam os discursos dos participantes, além da falta de conhecimento sobre os cuidados a serem dispensados aos usuários de álcool e outras drogas. Por isso, como dizem os EG3 e o EG11, eles precisam ser tratados de maneira equânime. Daí a importância de se trabalhar os dispositivos como o acolhimento para que se possa ouvir, escutar, respeitar, pois é uma prática que está presente no trabalho da equipe de saúde, no intuito de se construir uma relação de confiança e compromisso entre os usuários, família, profissionais.

É isso, eu confesso que eu tenho muita dificuldade de trabalhar com usuário de álcool e outras drogas porque você tem que ter algo específico para trabalhar com eles (EG6).

Eles, sinceramente, eu não vejo a coisa voltada mais para o cuidado deles são pessoas que bebem ou são usuários que tem a turminha deles, que tem um ambiente a sociedade e o poder público passa e nenhum deles se mobiliza para poder ajudar (EG7).

O cuidado aos usuários parece ser individualizado, prestado por profissionais que precisam ter um saber específico para eles, no entanto é referido como se fosse o papel apenas da sociedade, mas o papel também é da equipe. E a equipe de enfermagem que atende este usuário? Por que não acolher, propiciar o acesso, o vínculo para conhecer a realidade em que vivem estes usuários e buscar criar laços de confiança para cuidá-los integralmente? Por isso as práticas realizadas nos serviços que compõem a RAPS precisam estar articuladas para permear a produção do cuidado, na medida em que se trabalha de forma desarticulada sem entendimento, as práticas tornam-se fragmentadas e os usuários acabam por ficar desassistidos na rede. Além disso, o preconceito dos próprios trabalhadores dificulta o cuidado, favorecendo com que se mantenha uma prática negligenciada e ineficaz, os profissionais ficam engessados em seus próprios espaços físicos e longe das práticas psicossocial no território.

As falas dos EG6 e EG7 apontam para a importância da formação profissional e a prática clínica da enfermagem aos usuários de álcool e outras drogas uma vez que, a formação profissional ainda é “médico centrado”, biologicista, centrada em consultas médicas individuais, voltada a cuidar da doença através de tecnologias duras, onde a enfermagem não se coloca como parte da produção do cuidado e diz ter dificuldade em cuidar desses usuários; além disso, pensam que o cuidado é dever do governo e não deles, dessa forma percebe-se a necessidade de buscar mudanças na formação profissional para aproximá-la da atenção

integral e humanizada. Ao nos reportarmos a prática clínica, podemos perceber que a atuação da enfermagem ainda possui no seu cotidiano assistencial uma prática burocratizada, fragmentada em ações, procedimentos e protocolos e que até então as desempenham como um cuidado em saúde pontual.

Vale ressaltar que a origem da palavra clínica, segundo Vieira, Silveira e Franco (2011), representa uma atitude de voltar-se para alguém e juntamente com esse sujeito elaborar um entendimento acerca do que se passa em sua vida, em uma perspectiva de considerar a subjetividade como elemento *sine qua non* para entender as questões relacionadas à suas existências, à saúde e à doença.

Para Assis, Jorge e Franco (2010) é necessário que os processos de formação e capacitação profissional nas unidades de saúde leve em consideração o ensino, o serviço, a gestão e o controle social que articulados deverão refletir criticamente sobre a realidade dos serviços e problematizar as necessidades da população, da gestão setorial e do controle social os quais norteiam os processos de formação e qualificação profissional, tendo em vista à qualidade da assistência a saúde ofertada. A articulação dos setores envolvidos e a interação entre educação e a saúde são os primeiros passos para que a transformação dos processos educativos se efetive, para tanto a formação profissional e a capacitação precisam estar em harmonia com a realidade dos serviços.

4.2.1 Acesso: Fluxograma Analisador a partir da observação nos serviços CAPS e CAPS AD

Para Assis e Jesus (2012), o acesso aos serviços de saúde é um tema multifacetado e multidimensional envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção.

Nos serviços do CAPS e CAPS AD, coexistem dois tipos de demandas, encaminhada e espontânea. A primeira tem foco em grupos de saúde mental, com avaliação da situação para posterior inserção nos serviços, direcionamentos de agenda e delimitação de vagas. A atenção à busca espontânea se organiza na seguinte tipologia: usuário vem acompanhado pela família ou responsável, devido à necessidade de atendimento imediato; usuário vem sozinho, sustentado por situações que podem aguardar atenção, onde serão agendados conforme necessidade; e usuários em surto, em uso de substâncias psicoativas, atendimento imediato. A organização das demandas nos serviços da RAPS acontece por meio da necessidade dos usuários, e da avaliação da equipe multiprofissional. Entretanto, a oferta de serviços ainda é

burocratizada e tem como centro da atenção a crise ou surto ou a iminência da mesma, o que fragmenta o cuidado e limita a integralidade.

A análise permitiu visualizar nas falas dos entrevistados que o acesso ocorre através de encaminhamentos realizados por serviços vinculados à Secretaria de Assistência Social como Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada e Assistência Social (CREAS) e da saúde, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou por demanda espontânea, sendo que para a equipe de enfermagem os usuários têm acesso facilitado e acredita-se que suas funções são os encaminhamentos para os CAPS mediante referência e contra referência, não vislumbrando que a atenção básica também tem o papel de receber e acompanhar estes usuários, como segue:

Se ocorrer uma demanda espontânea, ele será acolhido e atendido. Primeiro passa por mim para fazer esta triagem, depois pela médica e depois a gente faz a ficha de referência para o CAPS, o hospital, ou para algum outro que ele vai necessitar (EG4).

Vem referenciado, às vezes do CREAS, CRAS, da Secretaria de Assistência Social aí a gente busca as parcerias dos CAPS (EG5).

O acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura internacional, principalmente no contexto de crise econômica que se instala na última década, demarcando a existência de barreiras aos usuários, como filas para marcação de consulta e atendimento, bem como estratégias para sua superação. Observa-se o acesso aberto ou avançado em relação à organização da marcação de consultas para o mesmo dia em que o usuário procura o atendimento, buscando intervir para a redução do agendamento em longo prazo e diminuir o tempo de espera para a consulta médica. No contexto brasileiro, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) (ASSIS; JESUS, 2012).

Diante do exposto, identifica-se a importância de se proporcionar o acesso seguro, adequado aos usuários para se buscar subsídios para o aperfeiçoamento e a promoção de ações pela equipe de enfermagem para melhor receber esses usuários. Conforme Assis, Jorge e Franco (2010), as ações têm sido centradas em procedimentos que valorizam o saber e as práticas biomédicas como eixos norteadores das produções dos atos em saúde. Os serviços precisam promover uma intervenção centrada no usuário, onde possam encontrar soluções para as necessidades de saúde do usuário no trabalho coletivo.

Esses usuários só têm acesso aqui quando estão em crise, vão passando aqui, é muito raro agendar consulta e quando vem aí a médica encaminha para o CAPS que lá é que faz acompanhamento destes pacientes (EG7).

Então a consulta que não está agendada ela sempre tem próximo, então a quantidade do número é sempre suficiente, pra demanda que a gente tem então acaba não demorando, nunca fica de um mês para o outro, então eles tem nesta questão não tem problema nenhum e aqui todos que vem é feito uma triagem, então eles já saem com algum atendimento, então é fácil o acesso, não tem dificuldade nenhuma (EG1).

O acesso transversaliza todas as práticas de saúde da “porta de entrada” até a saída da rede de cuidados, por isso não é recomendável receber o paciente e encaminhá-lo para outro serviço da rede, mas buscar atender as suas necessidades a serem satisfeitas. Pois, quando encaminhados há limites no acesso devido às demandas e dificuldades de assistência nos outros níveis de atenção na rede.

Na fala de EG7, observa-se que o usuário só tem acesso quando em crise, distanciando-se da produção do cuidado a esses usuários e evidenciando a importância do trabalho da equipe para que o mesmo possa ser acompanhado dentro dos serviços da unidade de saúde, fazendo com que os usuários acessem a rede e sejam acompanhados para posteriormente, caso necessitem, serem encaminhados para outro serviço.

Estudo realizado por Amorim, Assis e Santos (2014), sobre as práticas da equipe de saúde da família como orientadoras do acesso dos usuários na ESF, mostra que apesar da estratégia possibilitar a ampliação do acesso a alguns serviços no nível básico da atenção, não assegura o acesso do usuário na sua plenitude enquanto “porta de entrada” do sistema. Evidencia-se nas falas supracitadas que os profissionais entendem que proporcionam acesso, seja através da demanda espontânea ou encaminhada, referenciando-se o usuário quando não existe o profissional para prestar o atendimento. Porém, o acesso é negado quando os usuários não são do serviço, pois coloca que somente os vinculados à unidade têm acesso, isso reflete um cuidado vertical e longe de ser integral e resolutivo.

Essa diversidade de abordagem reflete a importância da categoria *acesso* na formulação e implementação de políticas públicas e o seu potencial para mudanças na organização do SUS. Nesse sentido, identificaram-se como fatores limitantes desta dimensão: baixa acessibilidade, sistema fragmentado, focalizado, ausência de hierarquia, descentralização e regionalização da rede de assistência, ausência de equidade, de acolhimento e, permeando estes diversos fatores, a excludente capacidade financeira (ASSIS; JESUS, 2012).

A prática de saúde ainda é procedimento-centrada e determina o acesso a partir dos problemas a grupos populacionais específicos e de ações programáticas. Nesse sentido, Silva, Assis e Santos (2017) apresentam o fluxograma representativo como um caminho a ser percorrido pelo usuário na unidade de saúde para que tenha acesso seguro e cuidado integral

no serviço. Entretanto, observa-se que ainda existe uma demanda reprimida e suas implicações para garantia do acesso ao conjunto de atividades ofertadas, nem sempre capazes de satisfazer as necessidades dos usuários, fazendo-os, muitas vezes, desistir do serviço.

O estudo de Quinderé (2013) reafirma a dificuldade que os usuários de álcool e drogas têm de acessar os serviços. A atenção primária à saúde através das Unidades Básicas de Saúde é responsável por realizar acompanhamento dos casos e ações de redução de danos nos territórios. Porém, os trabalhadores de saúde afirmam que não sabem o que fazer com este tipo de usuário, que não há o que fazer, e sua intervenção se limita a encaminhá-los para o CAPS-AD. As intervenções são limitadas ao encaminhamento dos usuários ao CAPS-AD, os quais não buscam o referido serviço por ser distante de sua residência, por não haver um contato prévio com o serviço, e por questões financeiras envolvendo o deslocamento. Entretanto, as ações de saúde poderiam se dar no próprio território através da ESF.

Para Assis e Jesus (2012), o acesso pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, os quais estariam implicados com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos do acesso (se são adequados ou não).

O usuário entra as 8:00, é quando o serviço abre. Funciona de 8:00 às 16:00 integral, os agendamentos com o psiquiatra são feitos terças e quartas-feiras no período da manhã, triagem é feita segunda, terça e quarta à tarde para não ter por conta das manhãs que é muito complicado por conta do atendimento dos médicos, são realizados os atendimentos com o médico, atendimento com o psicólogo, atendimento de enfermagem e com assistente social agora importante lembrar que estes atendimentos são para nossa demanda, os usuários daqui da unidade não é pra os usuários ambulatoriais (EG6).

Vimos também na prática dos serviços de saúde o “modelo biomédico”, onde o acesso ocorre somente para os usuários cadastrados por meio do cadastramento familiar e as prioridades são dirigidas às atenções programáticas para grupos específicos como crianças, gestantes, hipertensos, por ordem de chegada, onde os mesmos têm que chegar cedo para assegurarem seus atendimentos de consulta em diferentes atividades dos profissionais. Além disso, o acesso preferencial a grupos específicos pode proporcionar a exclusão de grupos que necessitam de outras abordagens, visto que têm maior resistência ao cuidado e maior dificuldade de acesso, ficando o usuário de álcool e drogas a ser referenciado para outros serviços como o CAPS e CAPS AD, ocasionando, muitas vezes, a perda do cuidado oportuno.

As Unidades Básicas são serviços de saúde constituídos por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial que tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011).

Além disso, a representação negativa que a droga possui na sociedade contribui sobremaneira para que os usuários desta substância absorvam experiências negativas com o seu consumo. A associação do uso de substâncias psicoativas somadas à violência, sujeira e sarjeta, direcionam as pessoas a se identificarem com as cenas de uso da droga, fomentando mais degradação. Isto ainda é reforçado pela política proibicionista que empurra os usuários para a clandestinidade e para cenas inóspitas de consumo, dificultando o acesso destes usuários aos serviços de saúde (AMORIM et al., 2014). As políticas de saúde devem ser capazes de eliminar a barreira financeira entre os serviços e a comunidade, de enfrentar a mercantilização do setor saúde e a desproporção oferta/demanda existente; e construir uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal, equitativo e integral.

Não temos, tinha quando tinha psiquiatra, mas infelizmente não temos. O posto começa a funcionar a partir das 7:00 e vai até às 17:00, em relação à demanda espontânea em alguns casos de necessidade de urgência de pressão elevada, uma temperatura alta tudo isso a gente tria e é atendido aqui mesmo. Quando não, a gente tria e encaminha para o hospital regional (EG5).

Na observação realizada, é requerido que os usuários façam os agendamentos que são realizados em dias marcados e caso o paciente precise do atendimento o mesmo deverá retornar no dia agendado para triagem e posteriormente para consulta, entretanto caso o usuário esteja em crise ele é acolhido e atendido, mas encaminhado ao hospital da cidade. Entretanto, parece não haver um entendimento da importância do acesso deste cliente na rede, pois haveria o acolhimento esse buscaria resolver suas necessidades de saúde de forma integral. As observações foram realizadas nas mesmas unidades cujas equipes foram entrevistadas, e o roteiro constava de tópicos sobre o acesso do usuário ao serviço de saúde e

o fluxo de atendimento, tais como, funcionamento do serviço, ofertas de atendimento, serviços de retaguarda, triagem, encaminhamento, acolhimento, dentre outros.

As falas de EG5 deixam evidente a exclusão do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, pois os mesmos eram atendidos quando havia especialista, mas, não tendo, os mesmos são encaminhados sem ter um acompanhamento efetivo, isto demonstra a ausência de entendimento e qualificação para atender aos usuários deixando-os perdidos na rede, sem assistência devida.

Por outro lado, as falas dos entrevistados EG10 e EG11 evidenciam uma busca pelo cuidado integral e resolutivo aos usuários de álcool e outras drogas e a preocupação para que não saiam sem o atendimento do serviço, apesar de não ser suficiente para a resolutividade das ações, mais já se observa que estes profissionais têm um olhar mais sensível a situação exposta facilitando o caminhar na rede.

Aqui na nossa unidade o horário é das 08 às 16 horas integral é direto, tem os dias de psiquiatra, mas o atendimento geral é todos dias e agendamento espontâneo que a pessoa vem e diz fulano tá assim eu preciso de uma consulta e tem aquele que é encaminhado da unidade. No caso de álcool e drogas a gente faz o atendimento e se houver necessidade de uma emergência o doutor atende aqui e faz o encaminhamento para o CAPS AD se for caso ambulatorial o doutor atende passa pela psicóloga e para a equipe. Mas assim o primeiro atendimento aqui acho que nunca aconteceu de chegar aqui na unidade e voltar sem atendimento (EG10).

Olha pra ser agendado sempre são as consultas com psicólogos, assistente social a gente trabalha com agendamentos agora se precisa tá precisando hoje sempre tem um encaixe, se chegar aqui e a família diz que ele não está bem tá achando que não tá bom que a medicação não tá fazendo aquele efeito esperado ele é atendido (EG11).

Os serviços CAPS AD parecem não conseguir se construírem de acordo como se apresentam as demandas, se adequar aos perfis dos usuários que buscam o serviço aproveitando as potencialidades de cada momento dos usuários dentro do serviço. É sempre chegar e ter um cardápio pronto de atividades a ser seguido, o usuário está preso às opções que lhe são apresentadas. Desse modo, os serviços parecem não viabilizar o protagonismo dos usuários, não aproveitar os usuários na construção de suas atividades e suas ações. É sempre um oferecer, assim não se consegue engendrar protagonismo em alguém que já chega à procura de uma solução imediata para os seus problemas (QUINDERÉ, 2013).

Para Santos et al. (2015) os dilemas para produção do cuidado nos processos de trabalho em saúde mobilizam diferentes estratégias para a superação de práticas fragmentadas, pontuais e com baixa resolubilidade. Para tanto, necessita-se que a ESF cumpra um papel indutor, podendo garantir na prática as mudanças desejadas. Nesse contexto, os

CAPS devem ter essa possibilidade de articulação com esses novos espaços, conquistando-se uma nova forma para operacionalizar a produção do cuidado.

As práticas subjetivas são pouco consideradas, estabelecendo uma escolha para as relações direcionadas à queixa-conduta, consultas e ações pautadas em procedimentos gerando baixa resolutividade na medida em que os problemas de saúde são resolvidos de forma fragmentada e focalizada. Esta prática deve embasar-se em encontros permanentes que valorizem reflexões e práticas sobre o saber-fazer orientando os atos da equipe à integralidade no cuidado e as mudanças do modelo de atenção (AMORIM; ASSIS; SANTOS, 2014).

Nos *loci* do estudo ainda se observou que as atividades dos serviços apontam para práticas de medicalização e o discurso médico ainda ocupa um importante espaço na configuração do serviço. Os profissionais da equipe contribuem para a sustentação deste modelo sem promover alternativas não médicas, fragilizando o trabalho da equipe. Observou-se que há fragmentação do cuidado devido à própria organização do trabalho, pois as necessidades dos usuários são percebidas pelo olhar individual de cada trabalhador da equipe e isso poderá criar barreira na interlocução da equipe e gerar reprodução de dispositivos manicomial.

Outra abordagem descrita por Araújo e Assis (2017) foi a elaboração de árvores analíticas e o fluxograma analisador como ferramenta analisadora para melhor guiar a equipe na condução dos serviços a serem ofertados aos usuários e para construir seus processos de trabalho. A construção da árvore analítica e do fluxograma analisador foi construída a partir das sínteses das entrevistas e da observação sistemática realizada em dois serviços.

Para Amorim, Assis e Santos (2014) as práticas das ESF analisadas a partir do fluxograma analisador do caminho percorrido pelo usuário ao buscar atendimento nos serviços de saúde demonstrou, que o mesmo é uma ferramenta potente para captar os limites assim como organizar as ofertas existentes no serviço a partir de um olhar sobre as práticas das equipes.

Diante disso, a partir das observações realizadas nas unidades pesquisadas, foi adaptado o fluxograma analisador proposto por Merhy (2003) para demonstrar o acesso dos usuários de álcool e outras drogas, nos serviços do I centro de saúde, do CAPS e do CAPS AD. Inicialmente será feita uma síntese dos dados empíricos (observação sistemática) dos profissionais de enfermagem e posteriormente análise empírica do fluxograma de cada serviço.

ACESSO DOS USUÁRIOS DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS NO I CENTRO DE SAÚDE

Atendimento por demanda espontânea ou encaminhada;

Funcionamento da unidade das 8:00 as 17:00;

Encaminhamentos realizados pelo CRAS, CREAS, SMS, ESF;

Organização da demanda, através dos programas a grupos populacionais específicos;

Consulta não agendada: somente urgência e emergência;

Serviços de retaguarda: Hospital Regional da cidade, SAMU, CAPS e CAPS AD

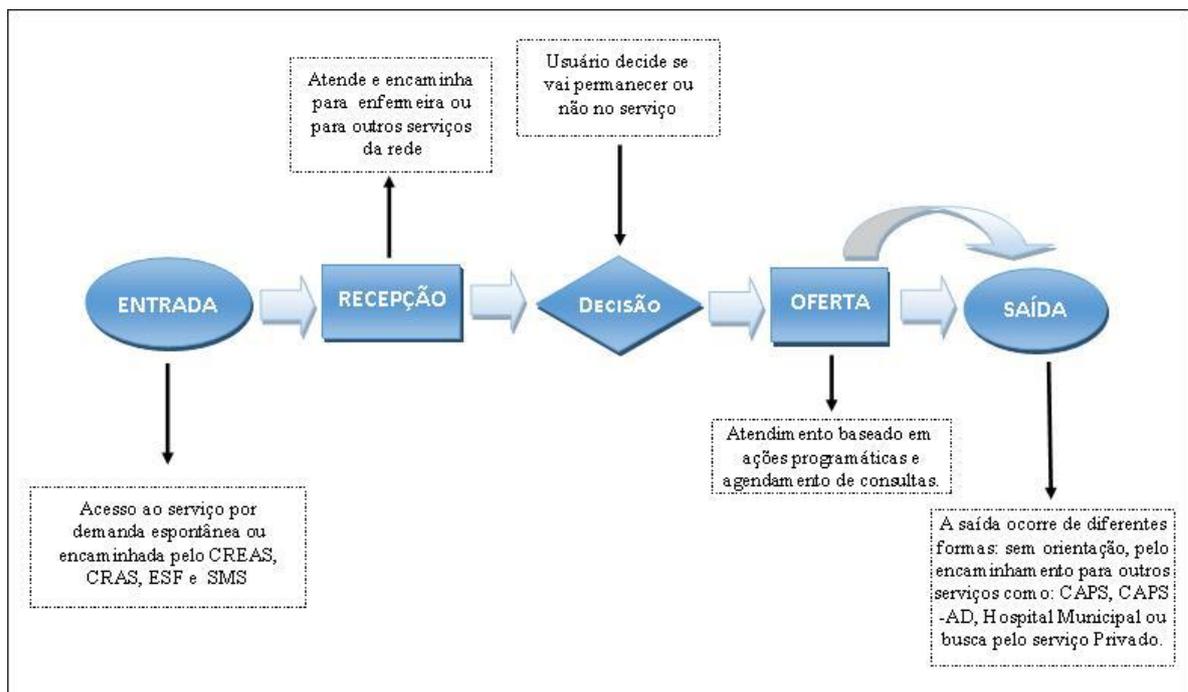


Figura 01. Fluxograma analisador da observação do acesso dos usuários de álcool e outras drogas em uma Unidade de Saúde da RAPS, Senhor do Bonfim/2018.

Fonte: Adaptada de Merhy (2006).

Os resultados dos dados empíricos deste cenário demonstram que a oferta dos serviços de saúde e suas formas de organização da demanda na unidade são baseadas em ações programáticas por grupos específicos, e na procura espontânea por atendimento.

Durante a observação, ficou evidenciado que a população apesar da insatisfação com o atendimento ficava em silêncio e não reclamava aos profissionais durante o ato do cuidado. Isto pode ser justificado pelo modelo assistencial vigente que ainda é médico centrado, muitas vezes inviabilizando o cuidado integral e resolutivo.

As observações do acesso pelos usuários (Figura 2) mostram que a unidade é acessível na perspectiva geográfica e os atendimentos ocorrem por demanda espontânea ou encaminhada. Porém evidencia-se a existência de barreiras administrativas e estruturais. A recepção é conduzida por auxiliares administrativos, que buscam atender e dar respostas aos usuários, mas, alguns despreparados e desmotivados. Estes são orientados pelas enfermeiras, as quais definem os critérios de atendimentos, as ações prioritárias, os serviços ofertados, os encaminhamentos e o fornecimento de informações. Nesse serviço, ocorrem também estratégias de educação em saúde e, algumas vezes, acolhimento, manifestado nas convergências dos discursos dos entrevistados como ações que respondam às demandas dos usuários, cujos problemas são identificados pela equipe, principalmente enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Usuários chegam à unidade, a recepção acolhe e busca resolver suas necessidades. A partir desse momento, o usuário aceita ou não os requisitos da recepção para percorrer o fluxo dentro do serviço. Em seguida, o usuário que já conhece os serviços ofertados (Figura 2), mais uma vez precisa decidir se incorpora o caminho imposto pelo serviço ou desiste do atendimento, posteriormente conforme critérios definidos pela unidade em seguida caso aceite, é encaminhado ao enfermeiro coordenador que acolhe e encaminha aos serviços do Hospital regional, SAMU, CAPS ou CAPS AD. Na oferta a preferência são para os usuários do serviço, grupos específicos e urgência/emergência. Posteriormente, é feito o atendimento para consultas programadas, visitas, demanda espontânea e encaminhamentos. Na saída o acesso é negado ou garantido, conforme critério da unidade. A saída do usuário se dá de diferentes formas: pela saída sem orientações e direcionamentos, pelo encaminhamento para outros serviços da rede SUS; e pela busca do serviço privado.

ACESSO DOS USUÁRIOS DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS NO CAPS e CAPS AD

Atendimento por demanda espontânea ou encaminhada;

Funcionamento das 8:00 às 16:00, sendo que para os usuários do serviço somente das 8:00 às 11:00;

Serviços de retaguarda: Hospital Regional do Município e SAMU;

Encaminhamentos: CRAS, CREAS, ESF, SMS;

Organização da demanda: usuários intensivos, semi-intensivos e não intensivos.

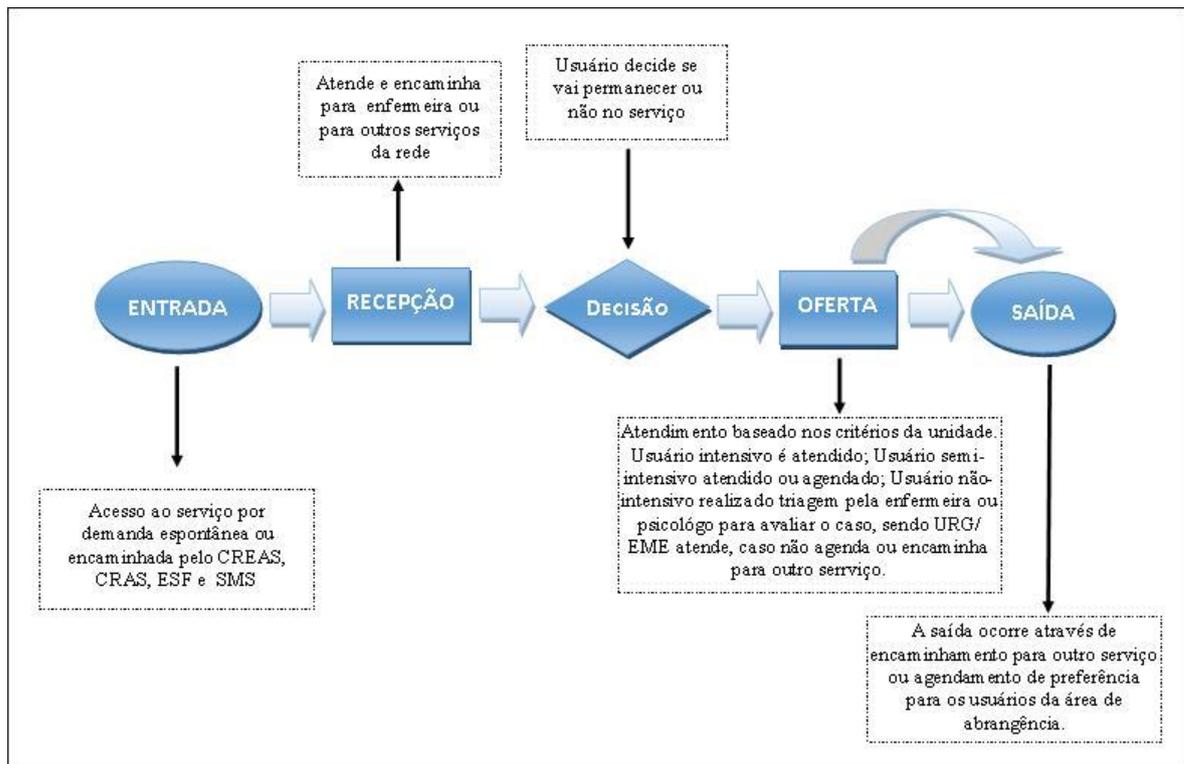


Figura 02. Fluxograma analisador da observação do acesso dos usuários de álcool e outras drogas no CAPS e CAPS AD da RAPS Senhor do Bonfim/2018.

Fonte: Adaptada de Merhy (2006).

Demanda espontânea ou encaminhada das ESF, CRAS, CREAS para qualquer usuário, os mesmos são acolhidos e busca-se resolver suas necessidades, sendo acesso preferencial para usuários do serviço na área adstrita ou em casos de urgência/emergência, avaliar o caso. Realizado atendimento sem restrição do número de pacientes devido o atendimento não ser diário, aumentando a demanda e inviabilizando a ampliação do cuidado da equipe.

4.2.2 Acolhimento

Quando perguntados com relação ao primeiro contato do usuário com os serviços, as respostas de EG1, EG2 e EG3 se coadunaram com a proposta do acolhimento. Percebeu-se a preocupação da equipe de enfermagem com o usuário de álcool e outras drogas não saia do serviço sem o atendimento ou encaminhamento necessário. Isso nos remete ao entendimento que o acolhimento é um dispositivo importante para produção do cuidado em saúde.

A receptividade e o acolhimento do serviço são preponderantes para o estímulo ao usuário se cuidar. Esta receptividade diz respeito a abordar o usuário como um cidadão de direitos e deveres, de tratá-lo como protagonista do seu processo de cuidado e não como um ser passivo, vitimizado ou marginalizado (QUINDERÉ, 2013).

Segundo Silva (2014) o acolhimento é entendido como postura e prática que se faz presente no processo de trabalho das equipes de saúde, no intuito de construir uma relação de confiança e compromisso com os usuários, família e profissionais de saúde, bem como para a cultura de solidariedade e legitimação do SUS.

Então como eu te falei, quando ele chega aqui, ou por demanda espontânea ou encaminhada é feito um acolhimento pela enfermeira ou pela assistente social ou pelo psicólogo e nesse acolhimento a gente já realiza e já faz um agendamento próximo para a necessidade, que a gente já vê qual a necessidade (EG1).

É porta aberta a unidade, caso tenha algum caso que eles precisem deste atendimento vai ser direcionado para triagem, mas posteriormente a gente faz o atendimento (EG2).

Ele chega à recepção acolhe e encaminha pra mim, eu acolho, escuto o problema dele e trio e encaminho para médica, se precisar ele ser atendido no mesmo dia eu encaminho para ela, senão a gente marca uma consulta (EG3).

Para caracterizar o acolhimento é necessário salientar que a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora com uma dimensão espacial, recepção administrativa e ambiente confortável, ora com uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos. Ambas as noções têm sua importância, entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, restringem-se a ações pontuais, isoladas e descomprometidas com os processos de responsabilização e produção de vínculo (BENEVIDES, 2009).

As falas dos EG4, EG6 e EG8 mostram preocupação em receber o usuário no serviço e de atendê-los integralmente, sendo importante para organização do processo de trabalho das equipes possibilitando maior aproximação entre os profissionais e usuários a partir do diálogo

e da tentativa de viabilizar a resolução das demandas trazidas por eles. Pois se não forem acolhidos, geralmente, acabam desistindo de procurar assistência.

Primeiro contato é na recepção e na recepção faz a ficha dele passa pra mim eu acolho e depois eu referencio (EG4).

O paciente da unidade vai chegar e vai ter o acolhimento e a escuta a gente vai sentar com ele e com a família e vai escutar a gente está muito escutando e da muita atenção, a escuta do usuário, então os dois tanto o que chega como o nosso o primeiro momento é a escuta bom dia, como foi seu dia, como foi seu final de semana, foi bem em casa (EG6).

Da melhor maneira. A gente procura saber o que ele deseja o que está precisando e procura atender a necessidade dele do momento da melhor maneira, porque, às vezes, se não tiver o que ele precisa aqui a gente encaminha para o CAPS (EG8).

Assim, a ação desenvolvida como a escuta sensível das necessidades de saúde aliada ao acolhimento, busca ter a responsabilidade para com o usuário, considerando sua singularidade, acolhendo-o desde o momento que ele adentra o serviço e empenhando-se para a resolução das suas necessidades e problemas identificados. Esta perspectiva demonstra o trabalho em saúde sendo conformado em ato através do uso das tecnologias leves.

Ao problematizar o modo como opera o trabalho em saúde, Merhy (2002) discute o “trabalho vivo”, enfatizando a preponderância, mas não exclusividade, dos elementos relacionais na construção do ato de cuidar. Assim, o autor cartografa o trabalho em saúde e destaca as diferentes tecnologias necessárias para sua efetivação: as máquinas e instrumentos, os conhecimentos/saberes e o ato relacional. O “trabalho vivo” reúne as diferentes tecnologias na medida necessária para resolver o problema de saúde, considerando as singularidades e os fluxos de afetamento que interagem entre o trabalhador de saúde e o usuário, em ato.

A fala de EG5 aponta para a importância das tecnologias das relações e o trabalho em equipe para desmistificar as condutas preconceituosas e assim aprimorar o cuidado e o acolhimento aos usuários de álcool e outras drogas. Pois ao se acolher os usuários ocorrerão mudanças nas equipes que contribuem para ampliação dos laços entre a equipe e os usuários propiciando resolubilidade: “Porta aberta para os pacientes, mas o contato, como falei anteriormente da questão de educar a equipe com relação a este tema, acho que ainda precisa melhorar, acho que a visão preconceituosa impede de a gente acolher melhor o paciente” (EG5).

O uso das tecnologias é imprescindível para resolver os problemas de saúde dos usuários que procuram os serviços. Porém precisamos ter o cuidado para não tornar a relação entre usuário e profissional centrada em procedimentos, prescrições e normas. O conhecimento da equipe de enfermagem atrelado ao uso das tecnologias relacionais propicia

um conhecimento maior para o trabalho nos serviços e um melhor cuidado da equipe de saúde para os usuários.

A equipe de enfermagem precisa rever suas práticas de forma a estimular a participação dos usuários na construção do seu cuidado a partir da conduta dos profissionais também aberta e disponível para melhor integração entre os usuários e equipe.

É importante valorizar a subjetividade de cada usuário que chegue ao serviço, para isso deve-se utilizar das tecnologias relacionais para que se possam produzir novos caminhos na direção de mudanças para a produção do cuidado em saúde. O usuário precisa sentir-se acolhido pela equipe desencadeando formas diferentes de resolução dos problemas e a construção conjunta de novas formas de cuidar em saúde.

Nos serviços estudados, percebemos que a comunicação passa por relações de amizade que os participantes da equipe mantêm entre si, por se tratar de um município onde a maioria dos profissionais é natural da cidade que serviu de campo de estudo. As relações afetivas entre pessoas conhecidas parecem facilitar o trabalho em equipe, pois todos sabem as atividades que os demais executam.

Nessa direção, o processo de trabalho da enfermagem pode revelar uma realidade de ampla possibilidade inventiva, construída cotidianamente em ato, traduzido em “trabalho vivo”. Refere-se à potência do exercício cotidiano de fazer e pensar em saúde e da sua alta governabilidade frente à produção do cuidado. Assim, pode funcionar como dispositivo de formação de fluxos conectivos que transitam por territórios diversos e pode assumir características de multiplicidade e heterogeneidade. Contudo, devido à sua capacidade de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito peculiares, consegue encontrar novos territórios de significações (SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017).

Através das entrevistas abaixo se identifica que a equipe busca se comunicar para tentar dar respostas mais adequadas as necessidades de saúde dos usuários fazendo-os sair satisfeitos pela forma como foram acolhidos, por terem sido escutados nas suas necessidades imediatas, isto implica em valorizar as tecnologias leves e reconhecer sua importância para o cuidado em saúde. Assim é importante valorizar o usuário e as práticas dos serviços para tentar resolver os problemas trazidos pelo usuário.

É o primeiro acolhimento do paciente é feito aqui a primeira abordagem aqui na recepção, eu acho que 99% as pessoas são muito bem acolhidas por toda equipe, eu acho que o pessoal sai satisfeito mesmo se deixar de ser atendido é acolhido, mesmo que seja de outra localidade (EG7).

O [...] que faz esse agendamento com a família aí passa pela psicóloga e pela enfermeira, depois logo que eles são atendidos pelas meninas passa para o psiquiatra e depois passa para gente (EG10).

Quando ele chega primeiro ele vai passar por triagem ele passa e depois a gente vai verificar pressão altura já pra gente preencher aquela folha de triagem passa pelo medico e depois o medico diz se é caso pra gente se for eles ficam para passar o dia a semana toda de 8 às 16 horas (EG11).

Quando perguntados se existiam atividades desenvolvidas para o acolhimento dos usuários e familiares EG6, EG10 e EG11 tinha o entendimento do que poderia ser feito e o realizava. No entanto a atividade somente ocorria nos CAPS onde a equipe buscava trabalhar com assembleias e reuniões com a família para melhorar o cuidado e acolher melhor o usuário, mas, mesmo assim as reuniões já não estavam acontecendo com as mesmas frequências evidenciando um aspecto frágil do acolhimento.

Reunião com a família que acontece uma vez semana e a assembleia que acontece a cada 15 dias com os usuários e com a família para ver aquela parte toda de escuta mesmo de saber o que esta bom o que esta ruim o que tem que esta mudando qual a queixa com relação ao profissional, qual a queixa que a família tem do serviço, então tem muito esta escuta que acontece com assembleia, uma vez, de quinze em quinze e a reunião com a família uma vez por semana (EG6).

Tem as atividades, mas geralmente, quem faz esse acolhimento é a (...) psicóloga, ou assistente social ou a enfermeira (EG10).

Não está tendo não, como já tiveram grupos antes, a gente tinha mais espaço e eles se reúne assim na reunião ai a família vem não de todos, os que mais precisam nem sempre vem porque a gente se apega quer falar sobre eles mais nem sempre vem só esta tendo este agora (EG11).

Assim, o acolhimento busca organizar o funcionamento do serviço, mas com centralidade no usuário e não no serviço. Tomar o acolhimento como objeto das práticas implica relacioná-lo aos modelos de atenção à saúde, que investem na qualidade dos serviços, tendo a responsabilização como produto e produtor de dispositivos, afinal, quem coparticipa ativamente dos problemas de saúde das pessoas, ouvindo e conversando, estabelece cotas de responsabilidade em sentido duplo. Pois é definido “como uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde, compreendendo-o como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca; desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, o retorno, a remarcação e a alta” (ASSIS; JESUS, 2012).

Diferente do que foi relatado pelos profissionais de enfermagem dos CAPS, quando perguntados sobre as atividades desenvolvidas para o acolhimento dos usuários e da família nos serviços, os profissionais da unidade de saúde informaram não realizar nenhuma atividade e ainda entendem que esta atividade deverá ser realizada no CAPS.

Aqui no posto não, mas a gente encaminha para o CAPS e o CAPS tem todo este acolhimento (EG4).

Não, é só feito acolhimento, não tem, acolhimento normal, não tem atividade nenhuma não (EG1).

Não, não tem (EG2).

Isto nos remete a pensar como está sendo desenvolvida a produção do cuidado aos usuários de álcool e drogas na RAPS uma vez que, o cuidado adequado as suas necessidades implica pensar numa rede por cujos caminhos os usuários possam ter suas necessidades satisfeitas de forma integral, porém na prática existe um caminhar lento que precisa ser repensado na busca de estratégias que dêem respostas a esses usuários.

4.2.3 Vínculo como dispositivo para produção do cuidado no contexto do CAPS, CAPS AD e uma UBS

O predomínio das tecnologias leves no comando do processo de trabalho tais como o vínculo entre os profissionais e usuários possibilita abertura para produção criativa do cuidado. A formação do vínculo torna-se significativa quando a equipe tem interesse em ouvir de forma acolhedora as inquietações dos usuários.

Merhy et al. (2014) apontam a importância do agir em saúde para produzir cuidado, pois precisamos absorver o que o outro traz consigo para melhorar e transformar. Não podemos rejeitar o mundo de cada um sem partir de sua experiência, seu cotidiano, sua essência para buscar transformar a realidade vivenciada por eles. Pois um dos pontos nevrálgicos nos processos de produção do cuidado é a anulação das possibilidades de vidas que habitam o sujeito e sua substituição por estigmas que passam a representar as existências e as apostas terapêuticas.

Para Santos (2013) é preciso reconhecer o caráter de submissão que, muitas vezes, está presente na produção do cuidado, no qual os profissionais mostram-se aprisionados a regras pré-estabelecidas e os usuários se vêem na obrigatoriedade de ouvir e tentar seguir orientações que não se enquadram em suas necessidades. Enfrentar a realidade tal como ela se apresenta, leva a refletir se a forma como é conduzida a produção dos atos de saúde retrata aquilo que o usuário está à procura em cada encontro com o profissional.

Não existe profissional de referência, aqui no posto quem referencia é a gente mesmo a gente faz uma CI e encaminha para o setor (EG3).

Existe, existe a coordenadora que qualquer problema é passado para ela e ela leva para médica (EG7).

Sim, o profissional de referência no caso são os enfermeiros, principalmente, a coordenadora. (EG9).

Tais depoimentos denotam que os entrevistados entendem que o profissional de referência é o enfermeiro do serviço, evidenciando o desconhecimento do que seja o profissional de referencia. Sabe-se que o enfermeiro pode também ser o profissional de referência, mas a ideia que se tem é que como o enfermeiro é o coordenador do serviço ele que é responsável pelo cuidado dos usuários. Desta forma, no Manual dos CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o técnico de referência é definido como aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico singular, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas no projeto terapêutico singular.

Este dispositivo tem como função o estreitamento da relação intersubjetiva entre os profissionais e usuários, a proposta da interdisciplinaridade e o diálogo com a família, redes sociais, culturais entre outros. Tem-se a possibilidade de um novo cuidado que será articulado pelo referente, garantindo a continuidade do tratamento com a inclusão dos aspectos subjetivo, social, familiar e laboral.

Ainda nas falas dos entrevistados se verificou que alguns entendiam que o profissional de referência seria o enfermeiro(a), como supracitado, para outros não existe o profissional de referência, demonstrando que muitos profissionais estão nos serviços, porém não colocam em prática o devido cuidado aos usuários por não conhecer sua real função dentro do serviço, evidenciando uma transferência de responsabilidade e um cuidado fragmentado, como segue:

Não existe. (EG2).

Aqui no posto não, tem no CAPS o psiquiatra, enfermeiro, psicólogo toda uma equipe (EG4).

Profissional de referência... escolhido, assim uns 10 ou mais para cada profissional são muitos usuários para poucos profissionais, aqui por dia no mínimo são 20, 25 e nós somos poucos para todos. Não existe (EG11).

Na fala de EG11 identifica-se que ele acredita que o profissional de referência são vários, mas insuficientes, por isso não conseguem atender, entretanto diz não existir o profissional de referência ficando nítido o desconhecimento de como funciona o cuidado desse profissional aos usuários de álcool e outras drogas.

Relato de experiência realizado por acadêmicos do 8º semestre de enfermagem em um CAPS AD evidenciou que a intervenção da equipe de saúde junto aos usuários de substâncias psicoativas proporciona vínculo entre os usuários do serviço e a equipe. Neste trabalho os alunos participaram do Grupo de Prevenção e Recaídas (GPR) composto por homens que se mantiveram em abstinência alcoólica por quatro anos onde a equipe e os alunos realizaram

um planejamento conjunto das atividades e assuntos a serem ministrados no grupo. Ao término foram realizadas discussões de casos para troca de experiências e dúvidas. Observou-se a preocupação destes usuários em qualificar e restabelecer hábitos saudáveis, com isso criou-se também um grupo de caminhadas que buscou estruturar os vínculos entre a equipe e os usuários. A interação do GPR criou a oportunidade de estabelecer e fortalecer os vínculos entre acadêmicos, usuários e equipe (FERNANDES et al., 2012).

Acreditamos que o estabelecimento de vínculo contribui de maneira significativa para compreensão da vida dos usuários e reflete na criação de compromisso e responsabilidade entre usuários, família, profissionais para a produção do cuidado.

Estudo realizado por Santos (2015) com usuários de drogas que não conseguiram utilizar os serviços através da RAPS instigou os profissionais a buscar intervir através de práticas do cuidado com eles por rodas de conversas, *hip hop* e fotografias em lata (*pin-hole*). Estabelecia-se ali um espaço terapêutico no sentido do cuidado de si e do coletivo. Juntos tais instrumentos apontavam para a eficácia e efetividade de uma política sobre droga preocupada em novas formas de cuidar. Foi observado que o *hip hop* utilizado por um grupo de jovens da periferia do bairro era uma alternativa dos mesmos produzir saúde como uma “clínica do possível” pautada no cuidado, vínculo e afeto. A linguagem do *hip hop* era a linguagem da periferia, os seus companheiros entendiam o que diziam e isto possibilitava o vínculo entre eles. As rodas de conversa emergiam como oportunidade de oferecer aquelas pessoas informações, muitas vezes, elementares mais que podiam ajudá-las no seu cotidiano e a fotografia foi utilizada como ferramenta de intervenção, pois auxiliava a pensar o processo como produção e apresentação da realidade.

Nesse sentido, é preciso estar mais próximo dos usuários de álcool e drogas dentro dos serviços para que os mesmos consigam criar laços de afetos, confiança e vínculo entre eles e a equipe, uma vez que o estigma que carregam influencia no acesso e na inclusão dos que tem sido postos a margem da sociedade, pois os fazem não procurar os serviços e desistem do tratamento.

É importante contar com profissionais capacitados para lidar com usuários de substâncias psicoativas, sendo que o cuidado deverá estar embasado na realidade de cada um e com atendimento humanizado para que se possam ter respostas positivas. O profissional de referência é imprescindível no serviço, pois através dele o usuário poderá ter um cuidado resolutivo.

Por outro lado, alguns profissionais entendem a importância e a existência do profissional de referência, como seguem as falas dos EG1, EG6, EG10. Este novo dispositivo

poderá mudar as práticas dentro dos serviços com os usuários promovendo um cuidado singular e integral, além disso, viabiliza a construção do projeto terapêutico singular para os mesmos.

Todos são referência, todos para cuidar não têm nenhum específico que é a enfermeira, assistente social, técnico de enfermagem psicólogo, farmacêutica, psiquiatra, oficineiro e educador físico (EG1).

Tem agora até isso, também eu [...] não como se diz eu não sei explicar. Aqui tem as meninas que faz aquele trabalho, eu não sei dizer agora esqueci o nome eles vão organizar o paciente ver com quem ele se achega mais, às vezes, comigo com a [...] todo mundo. Então assim aquele paciente que tem mais aproximação com fulano de tal, então a gente vai procurar sempre aquele profissional que o paciente se abriu mais (EG10).

Na realidade a gente nunca conseguiu colocar em prática este profissional de referência, mas por si só ele existe porque tem aquele usuário que é muito ligado aquele profissional e, muitas vezes, numa crise do usuário a gente consegue que aquele profissional que ele referenciou a gente consegue uma escuta, um diálogo, uma aproximação então assim colocar em prática o profissional de referência eu confesso pra você que a gente não conseguiu colocar, mas o usuário ele acaba por si só tendo um profissional de referência (EG6).

Nas observações realizadas nos serviços do CAPS, foi constatado que existe profissional de referência, onde eles tentam colocar em prática este profissional conforme afinidade dos usuários, pois os profissionais tinham o conhecimento da importância do profissional de referência no serviço, e buscavam colocar em prática tal estratégia, porém com a equipe reduzida o trabalho ficou comprometido. Pois havia no momento da observação ausência de alguns profissionais da equipe no serviço evidenciando o cuidado fragmentado e procedimento centrado. Os usuários não permaneciam na instituição conforme horário preconizado, ficando na unidade somente até as 11:00 horas, interferindo no seu cuidado integral e no da equipe.

No que se refere ao modo como a formação de vínculo vem sendo apresentado nos documentos oficiais, o Plano Municipal de Saúde (2014-2017) e o Relatório Anual de Gestão 2017 de Senhor do Bonfim enfatizam que se deve assegurar o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, a partir de um olhar ampliado dos profissionais e atendimento com equipe multiprofissional nos serviços, tendo em vista a valorização da vida humana e o direito à cidadania. Entretanto, na prática observada, notou-se que os serviços apresentam dificuldades no atendimento ao usuário, pois contam com equipe incompleta, ausência de materiais para realização das atividades terapêuticas, insuficiência de insumos, carga horária inadequada ao atendimento dos usuários, demonstrando a urgência em mudanças das práticas e investimentos da gestão nos serviços para que se consolide o cuidado integral e resolutivo aos usuários de álcool e outras drogas.

Quando questionados como se dava o processo de construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) nos serviços percebeu-se que os profissionais, na sua maioria, não sabem do que se trata e que as práticas nas unidades são voltadas para consultas médicas individuais e o projeto terapêutico centrado no ato prescritivo. A equipe planeja suas ações com base na demanda do serviço e na oferta de atendimento aos usuários direcionando a grupos de risco contribuindo para a permanência do modelo médico centrado tornando PTS verticalizado e normativo.

O PTS é um recurso da clínica ampliada e da humanização em saúde baseia-se na premissa de que nas práticas de saúde coletiva, é fundamental levar em consideração não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social. E ainda que o centro de um PTS seja, de fato, um indivíduo apenas, olhar para os cuidados de alguém – em especial na saúde mental – exige um foco abrangente que incluiu o seu entorno familiar e territorial (GONÇALVES; TAVARES, 2007).

Projeto terapêutico? Não sei, acho que quem te poderia dizer é a coordenadora. Mas acho que existe sim (EG8).

Desconheço (EG2).

Não temos projeto terapêutico singular (EG5).

Para trabalhar com o PTS precisamos compreender o apoio matricial e como este funciona na RAPS. Segundo Campos (1999) o apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades.

Na prática nas unidades observadas não existe apoio matricial, inviabilizando todo processo de produção do cuidado uma vez que a equipe desconhece o que venha a ser o PTS desta forma reduz o vínculo, impossibilita o acesso e as práticas tornam-se fragmentadas e sem um cuidado continuado.

Em todas as unidades pesquisadas percebeu-se que a prática permanece concentrada na queixa-conduta, com pouco espaço para as tecnologias que potencializem o vínculo. Nesse sentido, os trabalhadores pesquisados realizam outras ações para além das programáticas; ainda que estas configurem parte expressiva de suas atividades cotidianas, o que caracteriza a predominância de atividades clínicas individuais em detrimento das ações coletivas, limitando-se a uma reestruturação produtiva ao invés de construir uma transição tecnológica.

(AMORIM; ASSIS; SANTOS, 2014). Além disso, aspectos como baixa qualificação das equipes, sentimentos de angústia diante da complexidade das situações, somadas à complexidade das questões relacionadas à vulnerabilidade social e as altas prevalências de problemas de saúde mental impõem aos profissionais e aos gestores públicos a criação e intensificação de novas estratégias de formação e apoio continuado.

Uma alternativa para viabilizar o cuidado de forma a buscar ser integral seria a implantação de matriciamento nas unidades para ampliar o escopo das ações e melhorar o modo de trabalho nos serviços para não se tornar mecanizados, por isso a necessidade de modelos flexíveis que integrem ao processo de trabalho em uma construção compartilhada com equipe e usuários.

Em contrapartida alguns entrevistados têm o conhecimento de como ocorre à construção do PTS, mas não coloca em prática o projeto terapêutico singular, isto demonstra a necessidade do matriciamento para apoiar esta construção na prática.

O projeto terapêutico é assim, então, após que ele vem que é feito este acolhimento e esta triagem é feito uma sentada entre os profissionais ai é feito este plano terapêutico em cima de cada um (EG1).

Com a família, com o usuário e com o profissional, a gente junta os profissionais enfermeiro, psicólogo, assistente social e marca um dia e a família vem com o usuário e em cima do diagnóstico dele a gente constrói o projeto terapêutico (EG6).

As falas vêm afirmar o momento de reflexão e construção coletiva, onde a cogestão indica o estabelecimento de compromissos com trabalhadores e usuários, e entre a própria equipe, seja na atenção primária ou especializada, seja na ação individual ou coletiva.

O apoio matricial em saúde mental se estrutura com o objetivo de promover a interlocução entre os serviços especializados de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a atenção primária, para propiciar mudanças não só na gestão, mas nos serviços.

O encontro proporcionado pelo AM é a interseção entre as equipes da ESF e do CAPS, entre profissionais e usuários. Esse encontro suscita tensões, possibilidades e caminhos, por meio do trabalho dialógico, desconstruindo a lógica do trabalho centrado no procedimento, da prática específica de cada profissional, individual e centrada na doença. Sobre essa temática, destaca-se o discurso do sujeito que problematiza a ampliação da sua atuação a partir do trabalho coletivo, em que há uma horizontalização das perspectivas na construção do projeto terapêutico do usuário, indo além do foco específico do saber e das práticas de cada categoria profissional.

Esse dispositivo funciona como ferramenta de Educação Permanente em Saúde (EPS), porquanto promove um exame e uma reflexão sobre as práticas de atenção, gestão e formação em saúde. Trata-se de um processo educativo aplicado ao trabalho nessa área, mas fundamentalmente marcado pelo contato com as práticas sociais.

As falas de EG10 e EG11 demonstram que os profissionais que estão no serviço, sabem que existe o PTS, porém ainda não entendem o significado e seu funcionamento na prática, evidenciando a ausência de capacitação e qualificação da equipe para trabalhar com os usuários de álcool e outras drogas, além disso, ainda voltados para procedimentos e medicalização, ficando mais uma vez os usuários sendo visto através de normas.

Eu não vou te responder, a... Fala com mais precisão sobre isso (EG10).
Assim quem fica mais é a... Porque é muita gente e a gente fica dispensando medicação que é demais, é muita gente para poucas pessoas, você já veio aqui e já presenciou uma parte (EG11).

Assim, a proposta do AM diverge das práticas centralizadoras, que enrijecem o trabalho dos profissionais da saúde, indo além de ações orientadas a partir de protocolos e procedimentos cada vez mais especializados, e que afastam o agir em saúde da sua finalidade maior: a produção do cuidado.

Observa-se que as unidades de saúde encaminham os usuários de álcool e outras drogas para os serviços dos CAPS AD transferindo sua responsabilidade a partir da proposta de corresponsabilização gerando estranhamento entre as equipes. Pois de um lado as equipes da atenção primária encaminham os pacientes e do outro os profissionais de saúde da RAPS pressionam para que a atenção primária assuma os casos dos usuários na unidade, para posteriormente, se necessário, encaminhar.

Quando perguntados sobre a participação da família e dos usuários na organização das ofertas dos serviços verificou-se que há um entendimento por parte da equipe de enfermagem da importância das reuniões e assembleias junto aos usuários e aos familiares para buscarem melhor cuidar destes usuários.

Eles participam, por exemplo, quando a gente faz o plano, a gente já constrói já em busca por que a gente escuta também a família quando ele tem família quando ele vem a gente escuta ele e escuta a família separado certo e aí após o que a gente escuta dos dois e a gente senta com a equipe a gente vê por que nessa triagem a gente já faz uma busca, mostra como é o serviço e o que o serviço oferta, por isso que a gente faz este plano pra gente botar ele no que ele tem mais aptidão (EG1).

Através da assembleia, sempre na assembleia como disse há pouco, na assembleia onde a gente coloca as dificuldades que eles estão tendo no serviço, com o profissional o que eles acham que poderia ser mudado então o dia da assembleia é um dia muito importante pra que a gente juntos consiga organizar alguma coisa que

não esta bem organizada não esta bem estruturada, alguma coisa que precisa ser feita ou que tenha a reclamar (EG6).

Além de ser obrigatória a presença do familiar em toda consulta com o psiquiatra eles vem o familiar, também tem reunião mensal não sei se a (fulano) lhe falou a participação é boa não todos mas tem a participação boa dos familiares e tem aqueles que mais precisa do apoio da família e a família não dá muita importância. Porque a referência deles mesmo de família de apoio é o CAPS para um banho, para comer, para tudo (EG10).

Para Peduzzi (2001) o trabalho em equipe consiste em estratégia para a integração das especialidades e das múltiplas profissões, imprescindível para o desenvolvimento da assistência e do cuidado integral do paciente. O trabalho em equipe é entendido, como as relações que o grupo de trabalhadores constrói no cotidiano do trabalho e propõe o reconhecimento e a compreensão dos processos grupais pelos seus integrantes como forma de construir a própria equipe. Desta forma, é imprescindível que se trabalhe em equipe para conseguir a produção do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

Outra questão importante para organização das ofertas do serviço junto à equipe, usuários e familiares é que ele seja interdisciplinar e transdisciplinar, uma vez que, gera-se diálogo, cooperação, interação de todos, fortalecendo o trabalho de forma a ter resolutividade das ações propostas. Com isso teremos diversidade de conhecimentos para ampliar o escopo das ações a serem dirigidas aos usuários. Porém, a mera justaposição de profissionais de diferentes áreas atendendo a mesma clientela, em si, não configura equipes efetivas, que produzem bons resultados para a saúde dos pacientes. Como foi assinalado, podem se constituir equipes fragmentadas, equipes com potencial de colaboração, mas não colaboração ativa.

Diante disso nos baseamos na concepção defendida por Peduzzi (2001) sobre as modalidades de equipe, na equipe interação, onde coloca que nessa modalidade ocorre a articulação das ações de trabalho executadas pelos distintos trabalhadores, na busca da recomposição, interdependência e complementariedade com a superação da fragmentação dos procedimentos e das relações e do isolamento de saberes, interação comunicativa que possibilita a articulação dos agentes.

Para se conseguir organização dos serviços junto à família e usuários faz-se necessário que a equipe trabalhe focada na integralidade do cuidado ao usuário e que em suas práticas haja articulação das ações, comunicação, reuniões e supervisões da equipe, assim se buscará resultados centrados no usuário e no cuidado ofertado a ele. Visa trabalhar com a clínica ampliada onde o foco será o usuário, para se responder as necessidades de saúde do usuário de

forma articulada e ancorada nos princípios da integralidade para superar a fragmentação do cuidado.

Durante as observações realizadas nos serviços em estudo não se verificou estas agendas com os familiares, isso pode ser reflexo da redução de profissionais e da carga horária dos usuários, indo de encontro à produção do cuidado integral e resolutivo.

Por outro lado, observa-se que os entrevistados EG1, EG2 e EG11 não compreendem a importância da participação da organização das ofertas de trabalho, como segue:

Eles não participam, a gente identifica através de uma conversa com os agentes comunitários de saúde para ver o público que precisa deste atendimento e a gente faz o planejamento (EG2).

Todos são atendidos da mesma forma ou demanda espontânea se houver necessidade ou marcação na minha agenda ou na agenda da médica (EG4).

Não participam (EG11).

A organização do serviço é vital para a produção do cuidado em saúde, pois através dele consegue-se trabalhar em equipe e em rede para melhor responder as necessidades de saúde do usuário, porém quando isto não ocorre, temos a fragmentação do processo de trabalho e a necessidade do matriciamento para interagir com as equipes e buscar referenciar estes usuários quando necessário. O conhecimento do profissional para implementação de ofertas do serviço junto à família e ao usuário permitirá ampliar as ações a serem trabalhadas para melhor cuidar e ter respostas efetivas ao cuidado dispensado.

Nesse sentido, o matriciamento traça junto à equipe, um projeto terapêutico, num apoio que gera novas possibilidades, além de reunirem seus conhecimentos sobre aquele usuário. Dessa forma, a equipe da ESF revela seu conhecimento sobre os hábitos do indivíduo, sua família, sua comunidade, sua rede de apoio social e/ou pessoal. A equipe de matriciadores traz seu conhecimento sobre a saúde mental, suas repercussões na vida do indivíduo. Essa rede de saberes gera a primeira possibilidade de rede, que se vincula com a responsabilização (GONÇALVES; TAVARES, 2007).

A fala do EG5 evidencia que a equipe negligencia o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas na rede encaminhando estes usuários para serviços especializados por desconhecerem os modos de cuidá-los, como se fossem diferentes dos demais, esquecendo que a equipe precisa vê-lo de forma integral e traçar junto com ele respostas a suas necessidades de saúde, demonstrando também que a oferta do serviço para o mesmo está baseada na prescrição medicamentosa e encaminhamentos.

A gente não tem no caso oferta, pros familiares, quando o psiquiatra estava aqui a gente tinha parceria com o psicólogo aqui em relação aos familiares, em relação ao próprio paciente, a gente inseria melhor na agenda dela, mas com a saída do psiquiatra dificultou muita coisa até porque tem procedimentos que precisam ser prescritos por ele e aí fica complicado porque até mesmo o corpo clínico os médicos que atendem que fazem a clínica médica eles não querem lidar com este tipo de paciente, eles não querem atender, então quando marca pra eles quando a gente coloca pra o clínico atender ele imediatamente referencia pra um psiquiatra sem nem saber se tem na rede, mas ele referencia porque ele diz que ele não sabe resolver este tipo de atendimento (EG5).

Apesar da reforma psiquiátrica, ainda é marcante nas práticas dos serviços a figura do médico como orientador do cuidado a ser prestado ao usuário, nos remetendo a voltar ao modelo “medico centrado” onde tudo ocorre em torno da conduta médica e que neste, o ato prescritivo impera ficando o usuário sem ser visto de forma holística e seu cuidado torna-se fragmentado. Além disso, a enfermagem ainda não se vê capaz de acolher estes usuários e buscar junto com eles soluções para seus problemas de saúde, tornando o atendimento verticalizado e focado em protocolos e prescrições.

O vínculo possibilita a criação de laços fortes e duradouros que encontram ressonância na população que passa a ser ouvida e a ouvir os dilemas do sistema de saúde. O vínculo, produto de uma equipe responsável, possibilita a produção subjetiva do cuidado e o alastramento de boas práticas em todo o território, visto que a comunidade passa a ser cúmplice de seu cuidado, reconhece a equipe como cuidadora e viabiliza a sustentabilidade de um modelo de atenção que se propõe realizar o cuidado ao logo do tempo e permanentemente (AMORIM; ASSIS; SANTOS, 2014). A transformação dos serviços de saúde, portanto, é possível a partir de mudanças no processo de trabalho, dos profissionais de saúde principalmente os de enfermagem que atendem e acompanham diariamente os usuários.

Os serviços de saúde necessitam se apropriar das intervenções das práticas sendo estas centradas no usuário, tendo o cuidado como elemento essencial para o trabalho em saúde. A enfermagem precisa potencializar um cuidado mais horizontal buscando interfaces com outros profissionais e com outras práticas para reconstruir seu papel social, buscando a inovação e o equilíbrio entre o técnico, organizativo e o político (ASSIS et al., 2015).

Ao se analisar as entrevistas com a equipe de enfermagem sobre as atividades desenvolvidas para produção do cuidado individual e coletivo identificou-se que os entrevistados realizam atividades voltadas para usuários de álcool e outras drogas e que somente em um serviço estas atividades ocorriam:

A gente tem uma oficinaira que é quem fica diretamente com os meninos todos os dias, a gente tem a psicóloga que faz os grupos terapêuticos e os técnicos de enfermagem e o enfermeiro, que sou eu no caso, a gente faz os grupos geralmente

referentes a... eu e os meninas geralmente trabalha muito a questão da higiene pessoal, DST, então a gente busca muito trabalhar em cima da nossa prática, com estes temas da nossa prática, a gente trabalha mais com esta parte de higiene pessoal mesmo, autocuidado, alimentação o auto cuidado (EG6).

Sempre, sempre, a gente tem uma reunião de família que acontece uma vez na semana onde a gente tá sempre orientando as famílias como lidar, eles trazem os problemas que eles têm em casa traz pra gente na reunião de família pra que a gente oriente e o usuário a gente tá sempre orientando também nas nossas palestras e ate nas oficinas sobre a questão de medicação, alimentação (EG10).

Apesar das mudanças após a reforma psiquiátrica os serviços têm buscado formas inovadoras de cuidado para reabilitação e reinserção social para nortear as práticas na atenção psicossocial, porém ainda se observa como são fortes os procedimentos voltados para o modelo biologicista no cuidado aos usuários, uma vez que alguns profissionais ainda têm como objeto principal a triagem, medicação, prescrição guiada por técnicas e protocolos, sem ver o usuário holisticamente, para valorizá-lo integralmente: “Como já falei a gente foca mais no cuidado medicamentoso, na questão de uso correto da medicação, os horários corretos esta parte toda medicamentosa fica mais com a gente de enfermagem, verificando a PA, curativo, glicemia se tiver diabetes” (EG11).

Para Ortega e Ventura (2013) a enfermagem pode envolver-se no cuidado estabelecendo uma relação de convivência e interação, pois haveria uma atitude mais sensível por parte dos profissionais quando conhecessem o problema e as histórias de vidas e suas necessidades. Outras vezes, o cuidado de enfermagem é operado tecnicamente vendo a necessidade de seu paciente de forma funcional, restringindo-se a medicamentos tomando o indivíduo como uma coisa que ele deve cuidar ignorando-o na sua própria vontade não permitindo que ele desenvolva suas potencialidades.

Estudo realizado por Silva et al. (2016) aponta a visita domiciliar com estratégia de cuidado e de criar relações entre a equipe e o território, pois é por ela que o profissional pode se inserir no contexto familiar e prestar cuidado a todos os envolvidos, não considerando somente os problemas do usuário, mas também os fatos sociais se constituindo em um momento que se estabelece o vínculo por meio do acolhimento e da escuta.

Estudo realizado por Branco et al. (2013) sobre a atuação da equipe de enfermagem na atenção aos usuários de álcool e outras drogas caracteriza-se por receber o usuário oriundo de outro serviço, identificar ações voltadas para os cuidados gerais, enfatizando a medicação e orientações sobre os encaminhamentos para outros locais de tratamento. Diante do exposto, podemos observar que se faz necessário trabalhar em rede para buscar articulação com os outros serviços, sendo o acolhimento essencial nesse modelo de cuidado.

Por outro lado, ao contrário do que foi relatado pelo entrevistado EG11, outro estudo realizado por Souza e Pinto (2013) aponta que a visão dos enfermeiros sobre o uso de drogas, como sendo um problema social e familiar se estende as possibilidades de intervenção indo além da prescrição de medicamentos, mas necessitando de um suporte multidisciplinar. Os(as) enfermeiros(as) referem o uso de drogas como reflexo de problemas familiares e de vulnerabilidades sociais, podendo estar relacionado à estrutura familiar e a fuga do indivíduo perante problemas sociais.

Tanto nas falas dos participantes como na observação de campo na unidade de estudo, percebe-se a falta de ações voltadas aos usuários de álcool e drogas, sendo o atendimento de enfermagem embasado em encaminhamentos para os serviços especializados. Além disso, não são realizadas atividades coletivas. O acompanhamento das atividades nas unidades aponta que o discurso médico e as práticas de medicalização ainda ocupam um importante espaço na configuração desses serviços. Os profissionais da equipe contribuem para a sustentação do modelo sem promover alterações não médicas, fragilizando o trabalho da equipe para produção do cuidado com os usuários de álcool e outras drogas.

A paciente ao chegar a unidade ele é atendido pela recepção, a recepção passa pra mim que sou enfermeiro e ai eu vou ver qual a necessidade do paciente se eu vou fazer a marcação da consulta dele pra médica, se eu vou acompanhar ele, se no momento ele está precisando urgente e farei todo esse encaminhamento (EG3).

O atendimento acontece, por demanda espontânea por que não tem um dia específico para este público, mas existe a nossa, a nossa agenda tem um dia de demanda espontânea caso algum paciente ele precise deste atendimento a gente vai fazer a triagem e posteriormente ele vai ser atendido, para orientação e também para encaminhamento para tratamento (EG11).

O acompanhamento das atividades nas unidades aponta que o discurso médico e as práticas de medicalização ainda ocupam um importante espaço na configuração desse serviço. Os profissionais da equipe contribuem para a sustentação desse modelo sem promover alterações não médicas fragilizando o trabalho da equipe para produção do cuidado com os usuários de álcool e outras drogas.

Nas equipes pesquisadas, quando perguntados sobre o que deveria ser feito para melhorar a atenção a saúde dos usuários de álcool e outras drogas acompanhadas no serviço, a maioria dos participantes referiu a importância do acolhimento, da capacitação, um espaço físico adequado, ampliar o número de profissionais e trabalhar com a equipe multiprofissional. No entanto, percebemos que a equipe não avançou no fazer das práticas, mas é preciso que a gestão faça seu papel, adequando os serviços às suas reais necessidades, uma vez que, a equipe precisa de profissionais e recursos materiais para conseguir prover uma

assistência qualificada para produzir cuidado e, posteriormente, intervir estimulando o cuidado resolutivo e integral.

O nosso problema maior é questão de estrutura, entendeu, é [...] A gente o que tem que melhorar [...] problema maior é na questão de estrutura física, é o nosso problema que hoje desde o início até agora acaba sendo um pouco capenga em relação a tudo, a gente precisava de um local melhor que eles pudessem descansar porque eles descansam aqui, mas descansam de uma forma que não é apropriada os colchonetes não são suficientes o local é um local que não é arejado, então é mais as questões físicas (EG1).

Em primeiro lugar capacitar os profissionais a lidar com esta realidade de um paciente que seja usuário de álcool e drogas e capacitando a equipe também acho que a equipe teria uma melhor visão com este paciente, acolheria melhor este paciente e também aumentarem os serviços para eles também (EG5).

O que precisa é justamente mais profissionais como já foi antes teve muito mais psicopedagogo, teve nutricionista, era mais completo a gente viu que o trabalho tinha um efeito melhor e agora a gente viu que a gente tenta fazer o melhor mais a equipe é minimizada mas a gente tenta na medida do possível eu acho que o que devia melhorar era isso justamente essa gestão ver a necessidade desses profissionais de aumentar a equipe melhorar a equipe para se fazer um trabalho melhor bem mais amplo (EG10).

Quando questionados nas unidades de saúde fica bem nítida a visão equivocada de alguns profissionais da enfermagem, pois acham que o cuidado deve ser feito no serviço especializado gerando encaminhamentos desnecessários, alguns ainda sugerem o que pode ser feito como grupos terapêuticos, acolhimento, porém acreditam ser um trabalho inerente aos centros de atenção psicossociais. Tais falas não apresentam um sentido de equipe também observada por nós na prática, havendo uma fragilidade da produção do cuidado estabelecido, pois negam a corresponsabilidade com o cuidado do usuário que demanda atenção pelo serviço de saúde. Como a enfermagem é a que responde pelas ações da equipe e se for necessário intervir, o cuidado deve ser compartilhado entre todos da equipe, mas na prática cada um faz seu papel.

Deveria ter grupos terapêuticos específicos direcionados a este público, além de um acolhimento mais direcionado e que existisse também visitas, para que estes pacientes fossem tratados de forma [...] com equidade, da o que ele precisa e de forma mais direcionada, por que eu percebo que é muito generalizado o atendimento (EG2).

Deixa eu ver, na verdade tem o acolhimento no CAPS, o pessoal é bem profissional mesmo, a gente encaminha e eles atendem, o problema é que eles não retornam, eles somem (EG4).

A dinâmica de funcionamento do serviço de saúde deve priorizar o trabalho em rede, ou seja, conceber a produção do cuidado para uma atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, por meio de uma gestão participativa. Para Jorge (2011) esta é efetivada em reuniões para discussão do processo de trabalho, comunicação ampla dos trabalhadores entre

si e também a inserção do usuário com suas singularidades na construção do projeto terapêutico.

A articulação entre os serviços da rede é imprescindível às mudanças na produção do cuidado em saúde, para tanto os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para organização da RAPS. Nesse sentido, para Schineider et al. (2009) as redes possuem relações complexas e resistentes, o essencial é que não se perca a dimensão da importância que constituem interações entre os diversos setores e os agenciamentos que produz, assim é importante promover a integração e interação entre os serviços de saúde e da rede de atenção e a atenção básica.

Através das observações realizadas, as vulnerabilidades estão na dificuldade de comunicação entre os serviços, ausência de processos de fluxos para conduzir encaminhamentos e discussão de casos, além da capacitação da equipe e qualificação do cuidado por meio do acompanhamento contínuo e vinculação das pessoas aos pontos de atenção da rede, porque não basta somente encaminhar, mas acompanhar para garantir o cuidado contínuo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado aos usuários de álcool e outras drogas sempre foi permeado por preconceito, estigmas, ideias pré-concebidas desde os tempos primitivos, pois tinha um caráter segregativo e excludente. Após a reforma psiquiátrica e a inserção de políticas públicas voltadas ao cuidado dos usuários, começou a se vislumbrar uma forma de dar assistência aos usuários de álcool e outras drogas no modelo extra-hospitalar, com a implantação dos CAPS e posteriormente CAPS AD cria-se uma forma alternativa de cuidar dos usuários.

Entretanto, no estudo, ainda encontramos dificuldades e limites para a produção do cuidado os usuários de álcool e outras drogas pela equipe de saúde e enfermagem na RAPS que de diferentes formas atuam a gerar lacunas para o cuidado. Lacunas que precisam ser trabalhadas, pois vislumbramos que o uso dos dispositivos como acesso acolhimento e vínculo consegue alcançar melhores resultados para produção do cuidado.

A compreensão da equipe de enfermagem acerca da produção do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas transitou entre um “lugar específico” para se cuidar dos usuários, sendo o CAPS apontado por diversas vezes como o lugar onde devem ser cuidados, e a falta de qualificação para cuidar dos usuários, ou seja, a formação profissional pautada na educação tradicional foi preponderante no estudo. Percebe-se a necessidade de se buscar mudanças na formação profissional para aproximá-lo de uma atenção integral e humanizada. Além do estigma e preconceito evidenciados.

As atividades de educação permanente em saúde podem possibilitar o crescimento profissional e a participação da equipe. Defendemos que é preciso a estruturação dessa política para toda equipe para suscitar a integração, troca de experiências, discussão de casos, que se torne uma prática a fim de voltar-se para o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas e que os mesmos sejam a centralidade do cuidado. Extrapolar para além de capacitações pontuais, sem interlocução e participação efetiva da família e usuários.

As práticas precisam estar articuladas nos serviços que compõem a RAPS, do contrário os usuários ficam desassistidos na rede, e os profissionais acabam negligenciando seu papel engessado em seus próprios espaços e longe das práticas no território. Acreditamos que essas ações quando não realizadas pela equipe fragmentam o trabalho e se voltadas somente para ações programáticas e de grupos específicos podem propiciar a exclusão de grupos que precisam de outras abordagens. Um trabalho fragmentado que dista da perspectiva

da produção do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, mas que apresenta em alguns momentos um olhar sensível à situação facilitando o caminhar na rede.

A produção do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas pela equipe de enfermagem na RAPS de Senhor do Bonfim não é exercida nos serviços; quando abordados os dispositivos para a produção do cuidado observamos que o acesso dos usuários ao serviço acontece através de encaminhamentos e referências a outros pontos da rede, evidenciando uma prática tecnicista, individual e focada na doença com ações individuais dos profissionais. Porém, o ideal é que os usuários tenham suas necessidades de saúde atendidas, pois quando encaminhados sem um fluxo seguro podem ter limites no acesso e dificuldade na assistência, uma vez que esta prática não assegura o acesso na sua plenitude.

Na prática pudemos evidenciar que em todos os serviços estudados os usuários obtinham o acesso, porém, precisam de acesso que extrapole a dimensão geográfica onde os encaminhamentos estejam articulados na rede, pois o fluxo das demandas segundo as necessidades demandadas não ocorria e o acesso se dava de forma pontual e normativa. Assim, destaca-se a importância de se trabalhar o fluxograma analisador, pois o mesmo consiste em mapear os fluxos e os processos de trabalho, por meio de uma representação gráfica, tornando-o uma ferramenta para reflexão da equipe.

Para operacionalização do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas a opção pelas tecnologias das relações, como a escuta qualificada, a preocupação em atender o usuário foi citada como importante nas diversas relações estabelecidas. Nesse sentido, a produção do cuidado em saúde demonstra se conformar em ato e entendemos que o acolhimento é um dispositivo imprescindível para o cuidado aos usuários.

Por outro lado, a abordagem as atividades desenvolvidas para o acolhimento dos usuários e familiares para produção do cuidado aponta que somente os serviços do CAPS e CAPS AD realizavam estas atividades, pois a equipe de enfermagem da unidade de saúde estudada entendia que as ações deveriam ser feitas nos CAPS. Isso nos faz repensar até que ponto a produção do cuidado na RAPS está sendo desenvolvida onde as necessidades dos usuários precisam ser satisfeitas de forma integral, porém existe um caminhar lento que deve ser repensado na busca de estratégias que dêem respostas a estes usuários.

Outro ponto importante destacado se refere ao vínculo onde a grande parte dos profissionais não tinham o entendimento do que seria o profissional de referência e nem como se dava a construção do PTS, mas os que detinham esse entendimento buscavam colocá-lo em prática. Os dispositivos estreitam as relações entre os profissionais e os usuários tendo-se a

possibilidade de um cuidado que será articulado pelo referente garantindo a continuidade do tratamento.

Importante contar com profissionais capacitados para lidar com os usuários sendo que o cuidado deve ser embasado na realidade de cada um, o profissional de referência é imprescindível no serviço, pois através dele os usuários poderão ter um cuidado resolutivo. O PTS não se trata de algo normativo e centrado no ato prescritivo e, sim, levam em consideração seu contexto social.

As atividades desenvolvidas para participação da família e dos usuários na organização das ofertas dos serviços eram pontuais em que as equipes dos CAPS buscavam realizar reuniões semanais e assembleias e que já estavam limitadas devido a redução de carga horária e de profissionais, entretanto, na unidade de saúde estudada as atividades eram voltadas para ações programáticas, individuais, parcelares para atender aos programas, além disso, parecia não haver a devida compreensão da importância da participação dos usuários e da família nas ofertas do serviço. Diante do exposto, os fluxos assistenciais são verticais sem oportunidade de construção coletiva.

No entanto, o que deveria ser um facilitador se configura como desafio dado as dificuldades de integração e articulação entre a equipe, profissionais e usuários configurando um descompasso entre o que se preconiza e o que se realiza.

A pesquisa nos fez refletir sobre a importância de se buscar trabalhar com apoio matricial, ações de coordenação do cuidado como elementos importantes para articulação e integrações entre os serviços e a equipe, uma vez que a RAPS parece estar desarticulada e o cuidado fragmentado por ações prescritivas. O apoio matricial entre os profissionais das equipes e os usuários poderá desconstruir a lógica do trabalho centrado em procedimentos e na doença e buscar atuar a partir do trabalho coletivo na perspectiva da construção do PTS do usuário, indo além do saber e das práticas de cada categoria, estabelecendo o vínculo e acolhimento entre ambos.

A organização das ofertas dos serviços não acontece com a participação dos usuários e da família, na maioria das vezes, dificultando o vínculo entre a equipe e os usuários, fazendo os mesmos desistirem do tratamento.

Outra abordagem é a construção nos serviços da rede de petição e compromissos e o fluxograma como ferramenta analisadora para construir processos de trabalho, onde se pretende com a análise revelar as amarras dos serviços e buscar melhorar o cuidado ofertado aos usuários. Ressaltamos que estes podem ser caminhos para que a equipe de enfermagem consiga cuidar dos usuários de álcool e outras drogas de forma integral e resolutiva.

A maneira pela qual os serviços estudados na RAPS de Senhor do Bonfim se organizam para cuidar dos usuários de álcool e outras drogas merece uma reflexão e precisa ser revista, mas não somente pela equipe de enfermagem mais por toda equipe de profissionais dos serviços, gestores e usuários, sendo uma das limitações do estudo. É primordial que a centralidade do cuidado seja os usuários de álcool e outras drogas e nessa perspectiva a oferta do serviço deve ser direcionada aliadas a garantia do acesso através de práticas acolhedoras e humanizadas que gere vínculos com responsabilização pelos problemas identificados.

Destacamos que utilizar dispositivos como acesso, acolhimento, vínculo para produção dos cuidados aos usuários de álcool e outras drogas na RAPS nos revelaram potencialidades para as equipes se articular para se reorganizar e direcionar suas práticas. Para isso é imprescindível o interesse, apoio, envolvimento além da vontade política na direção das mudanças defendidas. Um cuidado que compartilhe o poder e as decisões entre os sujeitos, adotando posturas mais horizontais para efetivação da integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

- AGABEM, G. **O que é um dispositivo.** Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/outra/article/download/12576/11743.2005> Acesso em: 12 ago. 2017.
- ARAUJO, P. O.; MARLUCE, M. A. A. Organização da demanda e oferta de serviços na estratégia saúde da família. *Rev. Saúde.Com, Universidade Estadual de Feira de Santana*, v. 13, n. 4, p. 994-1002, 2017.
- ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B; FRANCO, T. B. **Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários.** Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 28 fev. 2017.
- ASSIS, M. M. A. et al. Cuidado Integral em Saúde: dilemas e desafios da enfermagem. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 2, n. 68, p. 333-338, mar.-abr. 2015.
- ASSIS, M. M. A. et al. **Resolubilidade na estratégia de saúde da família em dois cenários da Bahia, Brasil:** processo do cuidar versus responsabilização da equipe e dos dirigentes do SUS. Projeto de pesquisa. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2013.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 17, p. 2865-5.
- AMORIM, A. C. C. L. À.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. dos. Vínculo e responsabilização como dispositivos para produção do cuidado na estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 38. n. 3, p. 539-554, jul.-set. 2014.
- AMBROSIO, B. T. et al. Rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas: mapeamento de serviços e equipes de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Espírito Santo, v. 11, n. 2, p. 318-26. 2009.
- BRANCO, F. M. F. C. et al. Atuação da equipe de enfermagem na atenção ao usuário de álcool e outras drogas. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, DF, v. 31, n. 2, p. 161-165, 2013.
- BARBOSA, N. de L. et al. Cuidado de enfermagem a pacientes alcoolistas: percepções da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa e Saúde**, Vitória do Santo Antão, PE, v. 2, p. 88-93, abr.-jun. 2013.
- BENEVIDES, P. G. **Rede de saúde mental de Fortaleza-Ce:** A produção do cuidado articulada ao processo de referência e de contrarreferência. Universidade Estadual do Ceara, Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza, 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Senado Federal. 1988.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Informações completas**: Senhor do Bonfim, Bahia. Disponível em: <<http://cidade.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=291060>>. Acesso em: 28 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS**. Diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF. Jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, DF. Disponível em: <BRASIL, 2003>. Acesso em: 23 dez. 2016.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, 2011.

CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CORTES, L. F. et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição da rede. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia v. 16, n. 1, p. 84-92, jan.-mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20279>>. - doi: 10.5216/ree.v16i1.20279>. Acesso em: 28 fev. 2017.

COSTA, P. H. A. et al. Desatando a tramadas redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 395-406, 2015.

CLEMENTE, A.; LAVRADOR, M. C. C.; RAMANHOLI, A. C. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória, ES. **Polí e Psique**, Vitória, v. 3, n. 1, 2013.

DELEUSE, G. **Proust e os signos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

FERNANDES, H. N. et al. A praxis do cuidado em saúde mental na atenção ao uso e abuso de álcool. **Ciência Cuidado e Saúde**, Pelotas, RS, v. 11, n. 4, p. 827-831, out.-dez. 2012.

FRANCO, T. B. As Redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde, in PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão Em Redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

GALDUROZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; LOCATELLI, D. P. Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridade regional e populacional específica. In: O uso de substâncias psicoativas no Brasil. Mod. I, cap. V, 10.ed. Brasília, 2016.

GONCALVES, S. S. P. M.; TAVARES, C. M. de M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 11, n. 4, p. 586-92, dez. 2007.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Universidade Estadual do Ceará, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

LIMA, C. H. et al. A política nacional para álcool, crack e outras drogas no Rio de Janeiro e o retorno da racionalidade punitiva. **Revista Internacional da História Política e Cultural Jurídica**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 582-598, set.-dez. 2015.

LUIS, M. A. V.; CUNETTA, A. C. F. Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa produzida no Brasil pela enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 13, p. 1219-1230, nov.-dez. 2005.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 16.ed. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 2005.

MENDES, E. V. **As redes de atenção a saúde**. 2.ed. Brasília, DF: [s.n.], 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: ONOCKO, R.; MERHY, E. E. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E. E. et al. **Redes vivas: multiplicidade gerando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde**. Rio de Janeiro: Executiva, 2014.

MERHY, E. E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. 1.ed. V. 1. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, S. P. de; VARGAS, D. de. Satisfação de pacientes de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas com o atendimento do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, 2009.

NÓBREGA, M. do P. S. S.; SILVA, G. B. F. da; SENA, A. C. R. de. Funcionamento da rede de atenção psicossocial – RAPS - no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em saúde mental. **Rev. Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 5, p. 41-49, jan. 2016.

OLIVEIRA, E. M. de; SANTOS, N. T. V. A rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas – em busca da integralidade. In: SANTOS, L. M. de B. **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf /Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

OLIVEIRA, V. C. et al. Perfil sócio demográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS AD do Sul do Brasil. **Revista Baiana Enfermagem**. Salvador, v. 31, n.1, 2017.

ORTEGA, L. B.; VENTURA, C. A. Estou sozinho: a experiência dos enfermeiros sob o cuidado do consumidor de álcool e drogas. **Revista Escola de Enfermagem**. São Paulo, v. 47, n. 6, Dez, 2013.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: MARTINS, M. de A. et al. **Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica**. V. 1. São Paulo: Manole, 2009.

QUINDERÉ, P. H. D. **A experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica: dispositivos para o cuidado integral do usuário**. [s.l.]: Universidade Estadual do Ceará, 2013.

REINALDO, A. M. dos S.; PILLON, S. C. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.11, n. 4, Dez, 2007.

SENHOR DO BONFIM. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão-2017**. Senhor do Bonfim, BA, 2017.

SANTOS, L. M. de B.; PAULON, S. M. Do trágico à clínica do possível no cuidado de usuários de drogas. **Athenea Digital**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 173-191, nov. 2015. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1498>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade Social**. Feira de Santana: UEFS, 2010.

SILVA, C. C. R. Da punição ao tratamento: rupturas e continuidade na abordagem ao uso de drogas. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Org.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuário de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, p. 51-68, 2014.

SILVA, A. B. et al. O cuidado ao usuário de crack: estratégias e práticas de trabalho no território. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. esp., p. e68447, 2016.

SANTOS, A. M. dos; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação a integralidade: construindo e des(construindo) a prática da saúde bucal no programa de saúde da família de Alagoinhas-Ba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, A. M. et al. Desafios a gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na estratégia de saúde da família. **Revista APS**, v. 12, n. 1, p. 39-49, jan-mar 2015.

SANTOS, F. F. dos; FERLA, A. A. **Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas**. [s.n.], Botucatu, v. 21, n. 63, p. 833-844, dez. 2017.

SANTOS, F. P. dos A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**. São Paulo, v. 47, n. 1, p. 107-114, 2013.

SENA, J. M. de F. **Produção do Cuidado no Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza – CE: limites e desafios na construção da autonomia do usuário**. 139 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, 2010.

SENHOR DO BONFIM. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Senhor do Bonfim, BA, 2014.

SILVA, S. S.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na estratégia saúde da família: diferentes olhares analisadores. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-530, out./dez. 2005.

SOUZA, L. M. de; PINTO, M. G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 374-83. abr./jun. 2012.

SONZA, B. et al. Itinerários Terapêuticos de dependentes químicos e usuários de álcool em um centro de atenção psicossocial. In: CONGRESSO ONLINE - GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, II, 2013. **Anais...** Convibra, 2013.

SCHINEIDER, A. R. dos S. et al. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Clínica e Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009.

VARGAS, D. de; OLIVEIRA, M. A. F. de; DUARTE, F. A. B. A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 19, jan./fev. 2008.

VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C.; FRANCO, T. B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, mar.-jun. 2011.

VILELA, S. C. de; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidado na área de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, nov./dez. 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Parte I

Dados sociodemográficos

Nº de ordem: _____ Data: _____ Nome do entrevistador: _____

Nome fictício: _____

Data: _____

Nome (somente iniciais): _____

Sexo: () F () M

Idade: _____

Cor/Raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena ()

Categoria Profissional () enfermeira () técnico de enfermagem

Tempo de atuação na função atual: _____

Experiência anterior com usuários de álcool e outras drogas:

Compreensão sobre a produção do cuidado

A partir de sua experiência como você entende o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas?

Acesso

Como está organizado o funcionamento do serviço (horários de funcionamento, agendamentos, ofertas de atendimento, consulta não agendada, existência de serviço de retaguarda)

A partir de quais serviços os usuários têm sido referenciados?

Acolhimento

Como se dá o primeiro contato do usuário com o serviço?

Existem atividades desenvolvidas especificamente para o acolhimento dos usuários e familiares?

Vínculo

Como se dá a escolha do profissional de referência?

Como se dá o processo de construção do projeto terapêutico singular?

Como os usuários e familiares participam da organização das ofertas do serviço?

O que você acha que deveria ser feito para melhorar a saúde dos usuários de álcool e outras drogas neste serviço?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Compreensão sobre a produção do cuidado

Acesso

Como está organizado o funcionamento do serviço (horários de funcionamento, agendamentos, ofertas de atendimento, consulta não agendada, existência de serviço de retaguarda)

A partir de quais serviços os usuários têm sido referenciados?

Acolhimento

Como se dá o primeiro contato do usuário com o serviço?

Existem atividades desenvolvidas especificamente para o acolhimento dos usuários e familiares?

Vínculo

Como se dá a escolha do profissional de referência?

Como se dá o processo de construção do projeto terapêutico singular?

Como os usuários e familiares participam da organização das ofertas do serviço?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Maria Geralda Gomes Aguiar e Priscilla Mecia Conceição Carvalho (pesquisadoras responsáveis), convidamos você a participar de uma pesquisa cujo título é **“Produção do cuidado da equipe de enfermagem aos usuários de álcool e outras drogas na rede de atenção psicossocial”**, do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado (NUPEC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). O objetivo da pesquisa é analisar a produção do cuidado da equipe de enfermagem aos usuários de álcool e outras drogas na rede de atenção psicossocial de Senhor do Bonfim – BA. A realização desta pesquisa justifica-se pela crescente demanda por atenção à saúde de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, deste modo é importante a produção do conhecimento científico a respeito de como os usuários estão sendo assistidos na rede de atenção psicossocial. A pesquisa levantará informações mediante entrevista. Os possíveis riscos/desconfortos relacionados à participação referem-se ao receio de tratar dos assuntos propostos, relembrar momentos da rotina do trabalho, constrangimento diante da pesquisadora e o incomodo em estar sendo observado. Se algum risco/desconforto for identificado a pesquisa será interrompida imediatamente. Os prováveis benefícios da pesquisa envolvem a consideração da experiência do profissional de saúde na implementação de estratégias de cuidado integral pelos serviços possibilitando um maior entendimento do trabalho da equipe de enfermagem e perspectivas de construção de novos modos de produzir cuidado em saúde. Informamos que sua participação é voluntária, de modo que você tem liberdade para recusar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que haja nenhum problema. Caso aceite participar, a entrevista acontecerá de acordo com a sua disponibilidade, em local, dia e horário previamente agendados. As informações só serão utilizadas mediante sua autorização e ninguém terá conhecimento de quem as forneceu, para preservar sua identidade e evitar qualquer impedimento à livre expressão de suas opiniões, garantindo a confidencialidade, o seu anonimato, privacidade e sigilo. Comunicamos ainda, que não haverá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa ou pagamento por sua participação, esta é voluntária e a decisão é livre. Caso tenha alguma despesa, você será ressarcido. Caso seja prejudicado pela participação na pesquisa, a pesquisadora acompanhará a situação, havendo possibilidade de indenização. Desde que concorde, a entrevista será gravada e você poderá ouvir o áudio, modificar ou retirar trechos ou a entrevista completa, a seu critério. Desde que autorize, as informações serão digitadas e arquivadas, respeitando o seu anonimato, no NUPEC – UEFS, por cinco anos e após isto serão destruídas. Nos comprometemos a apresentar os resultados desta pesquisa no campo empírico em evento específico e em eventos científicos, periódicos e livros. Entende-se que os resultados poderão contribuir para a busca de estratégias que oportunizem novas formas de atuação da equipe de enfermagem, fundamental para o atendimento integral das necessidades dos usuários de álcool e outras drogas na RAPS, além de uma melhor compreensão dos serviços e do trabalho das equipes de enfermagem na RAPS. Caso haja qualquer dúvida antes, durante ou depois da realização da pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras no NUPEC, no Módulo VI – UEFS, localizada na Av. Transnordestina, s/n, Novo Horizonte, Feira de Santana – BA. Ou ainda pelo telefone (75) 3161-8365. Caso tenha dúvidas relacionadas às questões éticas, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEFS por telefone (75) 3161-8067 ou e-mail: cep@uefs.br. Caso esteja bem informado e concorde em participar, deverá assinar este termo de consentimento em duas vias, permanecendo uma cópia com você e a outra com as pesquisadoras.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2017.

Priscilla Mecia Conceição Carvalho
Pesquisadora responsável

Maria Geralda Gomes Aguiar
Pesquisadora responsável

Entrevistado(a)