

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Tese

**O Processo de Construção de um instrumento orientador do
acolhimento nos centros de atenção psicossocial em álcool e
outras drogas 24 horas**

Martha Lettnin Haertel Moreira

Pelotas
2023

Martha Lettnin Haertel Moreira

O Processo de Construção de um instrumento orientador do acolhimento nos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas 24 horas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Área de concentração: Práticas sociais em enfermagem e saúde. Linha de pesquisa: Enfermagem em saúde mental e saúde coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde, como requisito parcial para o título de doutor em Ciências.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Valéria Cristina Christello Coimbra

Coorientadora: Prof.^a. Dr.^a Poliana Alves Farias

Pelotas, 2023

M835p Moreira, Martha Lettnin Haertel

O processo de construção de um instrumento orientador do acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas 24 horas [recurso eletrônico] / Martha Lettnin Haertel Moreira ; Valéria Cristina Christello Coimbra, orientadora ; Poliana Alves Farias, coorientadora. — Pelotas, 2023.
128 f.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2023.

1. Processo de trabalho. 2. Saúde mental. 3. Acolhimento. I. Coimbra, Valéria Cristina Christello, orient. II. Farias, Poliana Alves, coorient. III. Título.

Resumo

MOREIRA, Martha Lettnin Haertel. **O Processo de Construção de um instrumento orientador do acolhimento nos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas 24 horas.** Orientadora: Prof.^a Dr.^a Valéria Cristina Christello Coimbra. 2023. 127f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2023.

O acolhimento apresenta-se como organizador do processo de trabalho nos serviços de saúde, visando o acesso, a melhoria na assistência ao usuário, incentivando e fortalecendo o vínculo trabalhador/usuário. Esta pesquisa tem como objeto de estudo o acolhimento dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas 24 horas dos municípios de Pelotas e São Lourenço do Sul do estado do Rio Grande do Sul. O objetivo desta pesquisa foi construir um instrumento orientador para o acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III, a partir dos princípios organizativos que norteiam as boas práticas em Saúde Mental. Este estudo se caracteriza por ser um estudo qualitativo participativo. O referencial teórico utilizado foi o processo de trabalho em Marx. O trabalho de campo foi realizado entre os meses de dezembro de 2022 a janeiro de 2024, a partir de reuniões com grupos de especialistas, trabalhadores e usuários. A pesquisa foi realizada em dois Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III, com 14 trabalhadores de todas as categorias profissionais que realizaram acolhimento nos serviços e 21 usuários que participaram do acolhimento no período da coleta de dados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. A partir dos dados coletados e da transcrição das falas, a análise de dados se deu através da Análise de Conteúdo. Esta análise foi estruturada em dois temas: 1-O Processo de Construção do instrumento orientador do Acolhimento pelos trabalhadores e usuários. 2- Produzindo consensos entre trabalhadores e usuários acerca do Processo de acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III e a formulação do instrumento orientador do Acolhimento. Esse estudo possibilitou a construção de um instrumento orientador de acolhimento que foi construído a partir da fala e reflexão das pessoas que acessam e trabalham no serviço, uma tecnologia leve. Mesmo sendo um documento, não é burocrático. Ele foi construído de forma flexível, em cima dos Princípios das Boas Práticas em Saúde Mental. Esse instrumento orientador vai contribuir para tornar o atendimento mais humanizado e integral, a partir do momento em que houve a participação das pessoas que utilizam o serviço poderá auxiliar a organização das equipes.

Palavras-Chave: Processo de trabalho; Saúde Mental; Acolhimento;

Resumen

MOREIRA, Martha Lettnin Haertel. **El Proceso de Construcción de un Instrumento Orientador para la Acogida en los Centros de Atención Psicosocial en Alcohol y Otras Drogas 24 horas**. Directora: Prof.^a Dr.^a Valéria Cristina Christello Coimbra. 2023. 127p. Tesis (Doctorado en Ciencias) – Programa de Posgrado en Enfermería. Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2023.

La recepción se presenta como un organizador del proceso de trabajo en los servicios de salud, visando el acceso y mejora de la atención al usuario, incentivando y fortaleciendo el vínculo trabajador/usuario. Esta investigación tiene como objetivo estudiar la recepción de usuarios de Centros de Atención Psicosocial para alcohol y otras drogas las 24 horas del día en los municipios de Pelotas y São Lourenço do Sul en el estado de Rio Grande do Sul. El objetivo de esta investigación fue construir un instrumento orientador para la acogida en un Centro de Atención Psicosocial al Alcohol y otras Drogas III, basado en los principios organizacionales que guían las buenas prácticas en Salud Mental. Este estudio se caracteriza por ser un estudio participativo cualitativo. El marco teórico utilizado fue el proceso de trabajo en Marx. El trabajo de campo se realizó entre diciembre de 2022 y enero de 2024, a partir de reuniones con grupos de expertos, trabajadores y usuarios. La investigación se desarrolló en dos Centros de Atención Psicosocial al Alcohol y otras Drogas III, con 14 trabajadores de todas las categorías profesionales que recibieron acogida en los servicios y 21 usuarios que participaron de la acogida durante el período de recolección de datos. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. A partir de los datos recopilados y la transcripción de los discursos, se realizó el análisis de datos mediante Análisis de Contenido. Este análisis se estructuró en dos temas: 1-El proceso de construcción del instrumento orientador de la acogida por parte de trabajadores y usuarios. 2- Producir consenso entre trabajadores y usuarios sobre el Proceso de Acogida en el Centro de Atención Psicosocial de Alcohol y otras Drogas III y la formulación del instrumento orientador de la Acogida. Este estudio permitió construir un instrumento de orientación acogedora que se construyó a partir del discurso y la reflexión de las personas que acceden y trabajan en el servicio, una tecnología liviana. Aunque es un documento, no es burocrático. Fue construido de manera flexible, basado en los Principios de Buenas Prácticas en Salud Mental. Este instrumento orientador contribuirá a hacer más humanizado e integral el servicio, desde el momento en que participen las personas que utilizan el servicio podrá ayudar a organizar los equipos.

Palabras clave: Proceso de trabajo; Salud Mental; Recepción;

Abstract

MOREIRA, Martha Lettnin Haertel. **The Process of Developing a Guiding Instrument for Reception at 24-Hour Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs**. Advisor: Prof. Dr. Valéria Cristina Christello Coimbra. 2023. 127p. Thesis (Doctorate in Sciences) – Graduate Program in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas, 2023.

Welcoming. is presented as an organizer of the work process in health services, aiming at access, improvement in user assistance, encouraging and strengthening the worker/user bond. This research has as its object of study the reception of users of the 24-hour Psychosocial Care Centers for alcohol and other drugs in the cities of Pelotas and São Lourenço do Sul in the state of Rio Grande do Sul. The objective of this research was to build a guiding instrument for reception in a Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drugs III, based on the organizational principles that guide good practices in Mental Health. This study is characterized by being a qualitative participatory study. The theoretical framework used was the work process in Marx. The fieldwork was carried out between December 2022 and January 2024, based on meetings with groups of experts, workers and users. The research was conducted in two Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs III, with 14 workers from all professional categories who provided support in the services and 21 users who participated in the support during the data collection period. The project was approved by the Ethics and Research Committee. Based on the data collected and the transcription of the speeches, the data analysis was carried out through Content Analysis. This analysis was structured into two themes: 1-The Process of Construction of the Support Guidance Instrument by workers and users. 2- Producing consensus between workers and users about the Support Process at the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs III and the formulation of the Support Guidance Instrument. This study made it possible to construct a support guidance instrument that was constructed based on the speech and reflection of the people who access and work in the service, a light technology. Even though it is a document, it is not bureaucratic. It was built in a flexible way, based on the Principles of Good Practices in Mental Health. This guiding instrument will contribute to making care more humanized and comprehensive, and from the moment the people who use the service participate, it will be able to help organize the teams.

Keywords: Work process; Mental Health; Welcoming.

Sumário

1 Introdução	12
2 Objetivos	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 Revisão de Literatura.....	17
3.1 O acolhimento de pessoas que utilizam álcool e outras drogas	17
3.2 Contexto da reforma psiquiátrica no brasil e no mundo	24
3.3 Centro de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS AD).....	31
3.4 Protocolos de Saúde Mental Álcool e outras drogas.....	36
4 Referencial Teórico	43
5 Percurso Metodológico	55
5.1 Caracterização do estudo	55
5.2 Local do estudo	55
5.3 Participantes do estudo.....	57
5.4 Critérios para a seleção.....	57
5.5 Procedimento para a coleta de dados	58
5.6 Análise dos dados.....	97
5.7 Princípios éticos.....	60
6 Resultados e Discussão	63
6.1 O Processo de Construção do Instrumento Orientador do Acolhimento pelos Trabalhadores e usuários	63
6.2 Produzindo Consensos entre Trabalhadores e Usuários acerca do Processo do Instrumento Orientador para o Acolhimento em Capsad III	79
7 Considerações Finais	83
Referências	85
 Anexos.....	 92
Apêndices	102

Apresentação

Concluí minha graduação em Psicologia em julho de 1996 pela Universidade Católica de Pelotas e também no mesmo ano o curso de Pedagogia pela Universidade Federal de Pelotas. Na época pretendia trabalhar com Educação Infantil e Atendimento de Crianças na Clínica particular. Dediquei-me a esse trabalho durante sete anos, foi então que me candidatei a seleção de Psicóloga no hospital da cidade de São Lourenço do Sul.

. Foi em 1988, então que um grupo de trabalhadores: Psiquiatra, Psicóloga, Assistente social e Enfermeira resolveram criar o Centro Comunitário de Saúde Mental Nossa Casa, serviço que mais tarde acabou se tornando o segundo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado do Rio Grande do Sul e segundo CAPS do Brasil. Foi em julho de 2002 que começou a minha primeira experiência com a Saúde Mental Coletiva, a partir de um hospital geral pioneiro na internação de usuários de Saúde Mental fora dos manicômios

Durante essa experiência conheci a Reforma Psiquiátrica, tudo era muito novo e diferente, precisava aprender e entender aquela forma de cuidado em liberdade, junto de seus familiares mesmo durante a internação, profissionais dos CAPS visitavam os usuários durante a sua internação e após na alta hospitalar eram encaminhados para os serviços de Saúde ou saúde Mental, conforme a necessidade.

Em janeiro de 2005, fui convidada pelo psiquiatra do hospital, na época Coordenador Municipal de saúde Mental, para coordenar o Centro de Atenção e Recuperação em Álcool e outras drogas (C.A.R.E.T.A), um projeto mantido pela Prefeitura Municipal, acessado por pessoas usuárias de álcool e outras drogas do município que em agosto do mesmo ano foi cadastrado como CAPSad de São Lourenço do Sul. Paralelamente ao trabalho ingressei na Especialização em Álcool e outras drogas na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul em parceria com a Escola de Saúde Pública/RS. Acredito que a partir desse curso, associado à minha prática profissional, foram determinantes para permanecer no meu trabalho até a data de hoje, conheci muitos e diferentes trabalhadores dessa área e com o tempo minha afinidade por essa clientela somente foi aumentando.

Conforme o trabalho no Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas foi avançando, tive necessidade de conhecer e estudar diferentes Políticas Públicas, fui aprendendo no dia a dia o que significava na prática, os princípios do SUS, o cuidado integral, a garantia de acesso, a intersetorialidade, a escuta diferenciada, termos que aos poucos fui vivenciando seus significados e refletindo a partir do trabalho no serviço. A Rede de Saúde é grande e complexa, apesar de ser um município pequeno, os processos precisam ser revistos diariamente como facilitador nesse processo aponto o fato de todos os profissionais se conhecerem e serem comprometidos no cuidado com o outro.

O município de São Lourenço do Sul investiu na minha formação e aprimoramento, fui liberada para realizar diferentes cursos para qualificação do meu trabalho. O município possui cobertura de 90 por cento de Estratégias de Saúde da Família, Hospital Geral com leitos psiquiátricos, o Ambular, Oficina de Geração de Renda, três CAPS, Residência Médica Municipal e Residência Multiprofissional em Saúde Mental e o Projeto Mãe me quer. Sendo campo de estágio para diferentes cursos de graduação, bem como campo de pesquisa de Mestrado e Doutorado para diferentes Universidades.

Em 2010 realizei um Intercâmbio de Saúde Mental na Itália, na cidade de Turim, onde vivenciei o lugar, que foi inspiração para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, vivenciando diferentes serviços e interagindo com os usuários e profissionais daquele País. Esse intercâmbio foi em parceria com a faculdade de Enfermagem da UFPEL, participaram também uma professora, hoje minha orientadora no Doutorado e um mestrando do Programa de Enfermagem da UFPEL. Em 2011 ingressei no curso de Especialização em Atenção Psicossocial no âmbito do SUS, com o curso fui me aproximando do Programa de Pós Graduação, posteriormente me inseri por um período no Grupo de Pesquisa do Crack, inclusive participei da construção de um artigo sobre essa temática, conheci pesquisadores o que me despertou a vontade de cursar o Mestrado.

Em 2012, começou o Programa descentralizado de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública/RS, em São Lourenço do Sul, comecei a Prática da Preceptoria de Campo no CAPSad, juntamente o curso de Práticas Pedagógicas nos Serviços de Saúde, na Universidade federal do Rio Grande do Sul, cujo tema do trabalho de conclusão foi a Profissional da Assistência,

Profissional da Gestão e a Prática de Preceptoria: relatos sobre um processo reflexivo. Foi um curso que proporcionou muitas reflexões, construções e desconstruções, enquanto profissional.

Desde o início da residência no município, anualmente quando os residentes são inseridos no serviço, procuro compreender o entendimento de cada residente sobre o Acolhimento dentro do serviço, avaliamos como ele está acontecendo e vejo que a cada avaliação, faz-se necessário rever nossos processos de trabalho, ou seja por se tratar de um grupo de profissionais, somos pessoas diferentes, com percepções e entendimentos diferentes sobre a concepção do que é e como se faz o Acolhimento.

Em 2015 iniciei o Mestrado no Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, na linha de pesquisa: Enfermagem em saúde mental e coletiva, cujo tema da minha pesquisa foi a “Trajetória do Usuário de Álcool em São Lourenço do Sul”. Meu interesse na época, foi buscar compreender por onde circulavam aquelas pessoas e conhecer sua Rede Social de apoio. A partir da minha pesquisa e no cotidiano de trabalho fui me interessando pela temática do Acolhimento e pensava que quando cursar-se o Doutorado seria esse o tema.

Em 2019 ingressei no doutorado no mesmo Programa, para realizar a seleção do tema do meu Pré-Projeto foi Acolhimento. Entendo que o mesmo necessita ser discutido e revisto no cotidiano do trabalho em saúde, é através dele que as pessoas acessam os diferentes serviços. A temática me inquieta desde 2005, desde que comecei a trabalhar no CAPS ad, quando comecei a atender e cuidar de pessoas usuárias de álcool e outras drogas, onde escutei os mais diferentes relatos, de difícil acesso aos serviços, da falta de preocupação, do desinteresse, da falta de escuta, da sua queixa não ser compreendida e logo não ser resolvida, da dificuldade de encaminhamentos às suas necessidades, ainda problematizamos dentro dos serviços, problematizamos na Rede de Saúde do município, pretendo com minha pesquisa contribuir com a construção de um instrumento humanizado que possa contribuir para nortear o Cuidado diário e integral, dentro dos Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPS ad).

No capítulo 1 será apresentado a introdução, a justificativa e a pergunta da tese, no capítulo 2 serão apresentados os objetivos gerais e específicos, no capítulo 3 apresento a revisão de literatura, trazendo as produções de alguns autores sobre a investigação pretendida. No capítulo 4 a partir de Marx (1980) sobre processo de

trabalho e Mendes Gonçalves (1992) sobre processo de trabalho em saúde, sua conformação, enquanto processo sócio-histórico e uma aproximação à produção de Merhy (1997) referente a micropolítica do trabalho em saúde. No capítulo 5 apresentarei o percurso metodológico para buscar os objetivos propostos, tendo como campo de estudo os centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas que atendem 24 horas nos municípios de Pelotas e São Lourenço do Sul/ RS. No capítulo 6 apresentarei a forma como foi realizada a análise dos dados, discussão e resultados encontrados e no Capítulo 7 as considerações finais.

1 Introdução

O acolhimento é um momento de escuta, reflexão e ação entre a pessoa que procura o serviço e o trabalhador, iniciando a tomada de decisão e compartilhamento com o sujeito que vem a procura de atendimento, garantindo o acesso e resolutividade de suas necessidades. Atua como um disparador da relação que se estabelece entre profissional e usuário/família com foco em um atendimento capaz de induzir a reflexão e estimular a parceria entre os envolvidos corresponsabilizando cada membro no processo terapêutico, perpassando a chegada ao serviço (CARVALHO *et al.*, 2008; PINTO, *et al.*, 2011)

O acolhimento está presente no instante em que existe o contato entre as pessoas e traz consigo elementos capazes de transformar as relações e dimensões assistenciais com enfoque na atenção e escuta do indivíduo, mudando a forma do processo de trabalho e valorizando às necessidades do paciente (MEDEIROS *et al.*, 2010). Sendo o acolhimento uma ação tecno-assistencial, dinamiza atos e práticas de saúde entre trabalhadores e usuários harmonizando o relacionamento, aproximando a rede social do sistema de saúde, reconhecendo-os como sujeitos ativos no meio social, construindo a sociedade por meio de parâmetros éticos, humanitários e solidários (Brasil, 2004; Takemoto; Silva, 2007).

Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária, proposto por Thornicroft e Tansella (2010), os autores sugerem que a constituição de boas práticas se dá a partir da articulação de 3 eixos indispensáveis e indissociáveis: a ética, como princípio fundamental que deverá orientar o planejamento, a assistência e a avaliação dos serviços. A evidência deve embasar as intervenções e serviços. E a experiência como uma evidência do que vem sendo produzido nas experiências locais e regionais de organização da rede de serviços.

A humanização do atendimento foi fundamental no processo de aproximação dos indivíduos com os profissionais que trabalham na saúde, contribuindo para a formação de vínculo de forma empática, estimulando a autonomia e cidadania dos sujeitos, contribuindo para o fortalecimento da comunidade e sociedade com a relação de confiança servindo como alicerce para a relação terapêutica que está se formando, consolidando a cidadania e a tolerância às diversidades (Medeiros *et al.*, 2010; Schimith; Lima, 2004).

O acolhimento como modelo de assistência, além de direcionar o trânsito pela rede do SUS, ajuda na complementação do cuidado, unindo o técnico e o científico para fortalecer a identificação das subjetividades, guiando a prática assistencial através da dinâmica dos serviços terapêuticos (Takemoto; Silva, 2007).

O acolhimento e o vínculo constituem formas de manejo do cuidado frente ao processo de trabalho de modo que auxilia no atendimento diário à população, construindo modos e práticas de atendimento conforme a necessidade de cada indivíduo, capacitando-o para a tomada de decisões frente a sua vida (Schimith; Lima, 2004).

Com a reorganização do modelo de produção de saúde e mudança do foco da doença para o indivíduo, fica exposto que o ato de acolher está imbuído de significados que fortalecem os princípios do Sistema Único de Saúde como: a universalidade do acesso, integralidade e equidade das ações dos serviços de saúde (Carvalho *et al.*, 2008; Schimith; Lima, 2004).

Outro princípio do acolhimento, além da humanização, é a garantia de acesso universal ao serviço ao usuário do Sistema único de Saúde que necessita de atendimento específico em um Centro de Atenção psicossocial, capacitando e valorizando individualmente a práxis dos diferentes profissionais empoderando-os para um atendimento qualificado (Coelho; Jorge, 2009).

As atitudes da equipe com relação ao acolhimento determinarão sua eficácia demonstrando o interesse que o profissional tem em atender seu pedido de assistência. O interesse compartilhado evidencia-se nas formas de comunicação, postura a partir dos relatos do indivíduo, concentração durante a escuta e devolução de impressões com troca de opiniões entre seus atores (Carvalho *et al.*, 2008).

A partir da postura do profissional e disponibilidade em atender e receber o paciente não se limitando a um espaço definido na instituição, entendendo que sua prática é uma construção cotidiana, o acolhimento age determinando uma mudança de postura com respeito na avaliação de vulnerabilidade, necessidade clínicas e psicossociais, com hierarquia das condutas utilizando a escuta como disparador para dar seguimento a assistência (Tesser *et al.*, 2010; Brasil, 2004; Fracoli; Zoboli, 2004).

As tecnologias leves predominam na atenção do acolhimento com a fala do trabalhador, direcionando os questionamentos, a escuta qualificada, avaliação do contexto de vida do sujeito, construção de vínculo e apoio institucional, preterindo as

tecnologias duras como intervenções de procedimentos técnicos, medicalização e serviços de alta complexidade (Mehry; Feuerwerker, 2009; Scholze *et al.*, 2006).

A reforma psiquiátrica surgiu no contexto histórico como readaptação das formas de cuidar a pessoa em sofrimento psíquico, sendo compreendidos como transformações nas práticas, valores sociais e culturais em suas diferentes formas de cuidar o transtorno psíquico em saúde mental (Gonçalves; Senna, 2001; Hirdes, 2009; Pereira; Costa Rosa, 2012).

A lei nº 10.216 de 6 de Abril de 2001 trouxe para os usuários a regulamentação da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos, tendo como objetivo modificar o modelo de assistência na saúde mental de forma extra-hospitalar como forma de desalienação do modelo asilar, passando para uma forma de cuidar a nível ambulatorial nos Centros de atenção Psicossocial (Brasil, 2003).

Os Centros de Atenção psicossocial surgem como um dispositivo para substituição dos serviços prestados pelos hospitais psiquiátricos, proporcionando às pessoas um atendimento de atenção diária, ajudando a promover sua reinserção social, ofertando suporte e organizando a rede de atenção básica no município no atendimento às pessoas com sofrimento psíquico (Brasil, 2005; Hirdes, 2009).

Com a portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 os CAPS foram redefinidos a partir da lógica de complexidade e abrangência populacional do serviço: CAPS I, CAPS II, CAPS III. Ainda nesta portaria foram instituídos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Brasil, 2004).

Algumas modalidades realizadas pelo CAPS-Ad são a de prestar atendimento aos usuários dos serviços, dentro da lógica da redução de danos; gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados; garantir que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; oferecer cuidado aos familiares dos usuários dos serviços; promover a reinserção social; trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo e educativo (Brasil, 2003; Azevedo; Miranda, 2010). O acesso que o acolhimento oferece deve ser interno e externo a Unidade de Saúde, ou seja, o acolhimento não é apenas receber bem, ele passa pela estrutura adequada e agradável da unidade, pelo acesso geográfico, pelo atendimento humanizado e pela resolutividade dos problemas (Campos, 1994).

Merhy (1997) entende que no espaço intercessor (encontro trabalhador/usuário) ocorre um processo de escuta de problemas, troca de informações, reconhecimento de direitos e deveres num processo de decisões que pode possibilitar intervenções. E, ao olhar para um serviço de saúde, é necessário identificar certos aspectos do serviço como: quem trabalha, como trabalha, para quê, por quê, a quem serve.

A justificativa para a escolha da temática se deu devido ao fato de que a partir da minha vivência no serviço que atende pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, assim como existe uma Política específica para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas, faz-se necessário a construção de um instrumento que norteie o processo de Acolhimento baseado nos princípios de Merhy (1997) e outros autores (....) com o intuito de humanizar e organizar o atendimento às pessoas que usam substâncias psicoativas. Foram realizadas buscas na literatura acerca do acolhimento em CAPS ad pouco foi encontrado, reforçando a necessidade de um estudo aprofundado nesse tema, com o intuito de repensar essa prática no processo de trabalho dos serviços de álcool e outras drogas.

A partir do pressuposto que a utilização de um instrumento norteador do acolhimento nos serviços de CAPS ad III, construído pelos usuários e trabalhadores, segundo os princípios organizativos que norteiam as boas práticas do acolhimento teria potencialidades para organizar o processo de trabalho em saúde da equipe interdisciplinar, transformando o serviço usuário-centrado em atendimento integral.

Sendo assim, tem-se a seguinte questão investigativa: **Como se dá o processo de construção de um instrumento para orientar o acolhimento para CAPS ad III, a partir dos princípios organizativos que norteiam as boas práticas em Saúde Mental?**

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Construir um instrumento orientador para o acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III, a partir dos princípios organizativos que norteiam as boas práticas em Saúde Mental.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o entendimento dos trabalhadores e usuários dos serviços de CAPSad III acerca dos princípios organizativos que norteiam o processo de acolhimento nesses serviços visando as boas práticas em saúde mental.
- Produzir consensos entre os especialistas acerca do Instrumento construído a ser validado.

3 Revisão de Literatura

Essa revisão de literatura se dividiu em 2 momentos: primeiramente a Revisão integrativa e após a Revisão Narrativa.

3.1 O acolhimento de pessoas que utilizam álcool e outras drogas

A revisão integrativa é uma oportunidade de realizar uma análise ampla da literatura, a fim de obter um maior conhecimento e entendimento do que se pretende investigar, através do que já foi pesquisado por outros autores.

Para a realização da presente revisão foram seguidos os seis passos da revisão integrativa, descritos por Mendes, Silveira e Galvão (2008), que seria a identificação do tema e questão norteadora, o estabelecimento de critérios para a inclusão e exclusão de estudos, a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, a avaliação dos estudos que foram incluídos na revisão, a interpretação dos resultados e a apresentação da revisão.

Para desenvolver a pesquisa foi utilizada a seguinte questão norteadora: “*O que se tem produzido na literatura científica sobre o acolhimento de pessoas que usam substâncias psicoativas nos CAPSad*”?

As bases de dados pesquisadas foram LILACS, PUBMED e PePSIC. Na primeira foram utilizados os seguintes DeCs: Acolhimento, Triagem, Usuários de Drogas, Serviços Comunitários de Saúde Mental, Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool e Transtornos Relacionados ao uso de Substâncias; na segunda os Meshs: User Embrace, Triage, Drug Users, Community Mental Health Services, Alcohol-Related Disorders Substance-Related Disorders; na terceira os DeCs: Usuários de Drogas, Transtornos relacionados ao Uso de Álcool, Acolhimento e Triagem. Os operadores booleanos escolhidos para a pesquisa nas bases de dados foram AND e OR e a busca foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2021.

Neste momento foi realizada uma leitura mais detalhada dos principais achados de cada estudo, analisando quais respondiam à questão norteadora. Nesta fase os estudos foram incluídos ou excluídos, caso o foco do artigo respondesse ou não a pergunta inicial, além dos critérios de inclusão e exclusão: artigos dos últimos 12 anos nas três bases de dados; também foram utilizados como critérios de inclusão os

estudos realizados com seres de humanos e como critério de exclusão os estudos que não estavam disponíveis de forma completa e gratuita.

Na base de dados LILACS, ao cruzar os seguintes descritores, com seus respectivos booleanos: Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool OR Transtornos Relacionados ao uso de Substâncias AND Serviços Comunitários de Saúde Mental, foram encontrados 70 artigos. Ao ler os títulos foram excluídos 50 estudos e após a leitura dos resumos foram excluídos outros 14 estudos que não responderam à questão norteadora da pesquisa, restaram ao final 06 artigos a serem utilizados nessa revisão.

Ainda na LILACS, ao cruzar os outros descritores, com seus respectivos booleanos: Acolhimento OR Triagem AND Usuários de Drogas, foram encontrados 48 artigos. Ao ler os títulos foram excluídos 11 estudos e após a leitura dos resumos foram excluídos outros 13 estudos, após a leitura dos textos na íntegra, foram excluídos outros 19 artigos que não responderam à questão norteadora da pesquisa, por não se tratar do acolhimento em CAPS AD, mas em outros serviços da RAPS, restando ao final 05 artigos a serem utilizados nessa revisão.

Na base de dados PUBMED, ao cruzar os descritores Drug Users AND Community Mental Health Services foram encontrados 348 artigos. Após leitura dos títulos dos artigos, 302 trabalhos foram excluídos por não contemplarem a questão norteadora, após a leitura dos resumos, outros 20 artigos foram excluídos, em seguida todos os artigos foram lidos na íntegra, 23 foram excluídos por não responder a temática proposta, restando 03 artigos ao final.

Ainda na PUBMED, ao cruzar os descritores User Embrace OR Triage AND Substance-Related Disorders OR Alcohol-Related Disorders foram encontrados 286 artigos. Após leitura dos títulos dos artigos, 227 trabalhos foram excluídos por não contemplarem a questão norteadora, após a leitura dos resumos, outros 35 artigos foram excluídos, em seguida todos os artigos foram lidos na íntegra e os 24 estudos foram excluídos por não responder à temática proposta. Os artigos focaram na triagem como processo pelo qual se determina a prioridade do tratamento de usuários com base na gravidade do seu estado e não na perspectiva do acolhimento.

Na base de dados PePSIC, ao cruzar os seguintes descritores, com seus respectivos booleanos: Usuários de Drogas AND Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool AND Acolhimento OR triagem, foram encontrados 151 artigos. Ao ler os

títulos foram excluídos 113 estudos e após a leitura dos resumos foram excluídos outros 26 estudos que não responderam à questão norteadora da pesquisa, restaram ao final 12 artigos que foram lidos na íntegra e 04 estudos que respondiam a questão de pesquisa foram utilizados nessa revisão.

Ao final totalizou-se 18 artigos entre as bases de dados consultadas, que responderam à questão norteadora da revisão, como mostra a figura 1 apresentada no apêndice 2.

Dentre os 18 artigos selecionados, 17 deles foram realizados no Brasil e publicados em revistas brasileiras, apenas um dos artigos foi realizado fora do país (Canadá) e publicado em um periódico internacional (Reino Unido). Entre os artigos que compõem essa revisão, 14 são estudos qualitativos, sendo um artigo de reflexão e um de revisão e 04 artigos são de abordagem quantitativa. Vale ressaltar que 08 artigos foram encontrados em mais de uma base de dados, porém só foi contabilizado uma vez.

A fim de organizar melhor os dados encontrados, foi elaborado um quadro pela autora, na qual consta: título do artigo, autores, ano e periódico de publicação, metodologia utilizada e objetivos, principais resultados e conclusões.

O critério de exclusão dos artigos foi por não responder a pergunta da questão investigativa da revisão.

A seguir será realizada a discussão do quadro situado no apêndice 2.

A partir das leituras dos artigos números 1,5,7,9,10,12,13 e 16 acima percebe-se a participação dos usuários, a existência de vínculo, a preocupação com o acolhimento e a escuta dos usuários.

Ana Lucia Marinho Marques, Elisabete Ferreira Mângia. Estamos diante de um campo problemático, no qual convivem muitas formas de se conceber a experiência da dependência e as estratégias de enfrentamento das questões associadas. Usuários, profissionais e familiares estão continuamente negociando significados e concepções acerca dos processos vivenciados e das formulações de tratamento e cuidado. Por meio da construção dos itinerários terapêuticos, foi possível conhecer a forma como os usuários compreendem suas experiências e os elementos que influenciam suas escolhas na busca de cuidado para suas aflições e que adquirem importância no percurso do tratamento. Assim, os itinerários terapêuticos podem ser considerados recursos importantes para compor a construção de projetos terapêuticos

cuidadores, centrados nas reais necessidades dos sujeitos, e que considerem e legitimem o conjunto de recursos, experiências e projetos de vida de cada pessoa. Compreendemos, dessa forma, que a preocupação em conhecer os saberes e práticas dos sujeitos envolvidos na construção de seus itinerários terapêuticos deve compor as práticas de cuidado comprometidas com o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos, com a construção de direitos e cidadania e com a produção de saúde e de vida.

Fernanda Gonçalves de Moura; Josenaide Engrácia dos Santos. Há reconhecimento, pelos usuários, acerca do cuidado ofertado como humanizado, consideram que a estratégia de tratamento adotada tem impacto no consumo e na redução de agravos causados pelo uso abusivo de drogas. Os discursos não deixam dúvidas de que a atenção e a disponibilidade dos profissionais de saúde são fatores determinantes para a qualidade dos serviços, o que possibilita tecer, junto com o usuário, novas redes sociais e de saúde, para os quais os investimentos passam a ter sentido. Dessa forma, o indivíduo motivado para a assistência pode rever seus conceitos e planejar mudanças que o ajudem a estabelecer outras prioridades em sua vida que não seja o consumo de drogas.

Eliany Nazaré Oliveira; Maria Mazane Gomes Santana; Sara Cordeiro Eloia; Paulo César de Almeida; Tamires Alexandre Félix; Francisco Rosemiro Guimarães Neto. As atividades de acolhimento, sala de espera e visita domiciliar se destacam nos projetos terapêuticos dos usuários, bem como os atendimentos de enfermagem e medicina. Torna-se relevante o acolhimento e conhecimento do projeto terapêutico para aprimoramento das estratégias de cuidado e tratamento.

Ana Kelen Dalpiaz; Maria Helena Vianna Metello Jacob; Karen Daniele da Silva; Melissa Pereira Bolson; Alice Hirdes. As análises efetuadas para este estudo permitem inferir que o CAPS ad, além de oferecer acolhimento, atividades terapêuticas e educativas, apresenta duas características que facilitam a procura por ajuda dos usuários – o território onde está localizado e a modalidade de atendimento. O saber adquirido através do conhecimento e de ações de educação em saúde e intervenções terapêuticas auxilia os usuários no resgate da autonomia e da autoestima, na responsabilização pelo seu tratamento e na reabilitação psicossocial. As práticas terapêuticas desenvolvidas pelo CAPS estimulam a troca de experiências, a comunicação e as inter-relações, estabelecendo vínculos entre usuários, profissionais e o serviço. Fica evidente a importância do CAPS ad Reviver à luz do

diálogo franco e da experiência de profissionais que dão assistência à saúde de indivíduos que fazem uso abusivo ou são dependentes de drogas e/ou álcool.

Natália Menezes Ferraz Leão; Gabriella de Andrade Boska; Júlia Carolina de Mattos Cerioni Silva; Heloísa Garcia Claro; Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira; Mônica Silvia Rodrigues de Oliveira. Este estudo possibilitou conhecer a respeito do perfil das mulheres admitidas em leitos de acolhimento noturno de CAPSad III e como estas utilizaram este recurso terapêutico. Fica evidente que as diversas situações de vulnerabilidade social por elas enfrentadas, associadas ao consumo problemático de SPA, levam a exposições de riscos constantes, sendo os leitos referência no território para o cuidado integral e contínuo desta população. Apesar do alto índice de não conclusão do tratamento proposto pela equipe, a maioria das mulheres retornaram após a alta buscando por atendimento individualizado e muitas devido à situação de crise, indicando importante vínculo entre usuárias, profissionais e serviço.

Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho; Edméia de Almeida Cardoso Coelho; Jeane Freitas de Oliveira; Ana Karla da Silva Freire; Andriara Rodrigues Barros; Rosália Teixeira Luz. Os discursos de usuários do serviço e de profissionais convergem para práticas de cuidado acolhedoras, capazes de construir relações de confiança e vínculos consistentes, facilitando processos terapêuticos caracterizados pelos dois grupos como resolutivos. O cuidado prestado a pessoas em uso problemático de drogas caminha ao encontro da integralidade, com práticas de acolhimento qualificadas como dialógicas, afetivas e potencial para resolutividade em um contexto favorável à autonomia e ao fortalecimento da cidadania. O acolhimento é um dispositivo potente às multiplicidades do cuidado no CAPS ad, onde a confiabilidade estabelece-se e sustenta-se em processos terapêuticos caracterizados como resolutivos. O compromisso e a disponibilização da equipe em acolher e escutar produz vínculo e horizontaliza relações intersubjetivas.

Ana Regina Machado; Celina Maria Modena; Zélia Maria Profeta da Luz. Constatamos que estes serviços priorizam práticas que produzem acolhimento, vínculos sociais e atenção aos comprometimentos de saúde. Adotam a redução de danos, a atenção psicossocial e o cuidado como lógica de atenção. Realizam a atenção em serviços abertos, porém com pouca articulação com os recursos comunitários e territoriais. A pesquisa permitiu compreender que os Caps AD realizam

práticas coerentes com as inovações propostas, que buscam ampliar as possibilidades de vida das pessoas que usam drogas.

Sarah Nascimento Silva; Marina Guimarães Lima; Cristina Mariano Ruas. Os usuários estavam satisfeitos com os CAPS, sobretudo quanto à competência dos profissionais, acolhimento e ajuda recebida no serviço. Condições físicas e conforto do serviço obtiveram os menores escores na escala de avaliação de satisfação. Os usuários estão satisfeitos com o modelo de atenção praticado nos CAPS, embora detectada a necessidade de melhorias na estrutura física, mecanismos de participação e empoderamento dos usuários. Utilizar a opinião dos usuários como um critério de avaliação representa uma mudança de paradigma na saúde mental, em um sistema que há poucos anos subestimava sua percepção. A prática de avaliação de serviços de saúde necessita de diversas abordagens que perpassam pela aceitação dos serviços pelos usuários, bem como o cumprimento de critérios técnicos. Assim, diferentes estratégias de avaliação devem ser utilizadas para complementar esse complexo processo de avaliação dos serviços de saúde mental.

Nos artigos números 4, 11, 14 os autores trazem o foco na abstinência como linha de cuidado.

Ana Cristina dos Santos Vangrelino; Augusto do Amaral Gazeta; Isabella de Camargo; Ana Paula Rigon Francischetti Garcia; Vanessa Pellegrino Toledo. Concluiu-se que há distanciamento da equipe de enfermagem em relação à equipe multiprofissional, acolhimento pautado no modelo biomédico e na abstinência da droga e algumas iniciativas de relacionamento com o usuário. Entende-se que, para realizar acolhimento de forma humanizada, construindo o projeto terapêutico centrado na pessoa, é importante ouvir seus pedidos e assumir postura capaz de acolher as demandas e dar respostas mais adequadas. Por meio da empatia, associada às estratégias que o profissional pode tomar, como a atitude orientadora, escuta e genuinidade, é possível construir acolhimento capaz de permitir que a pessoa desenvolva relações que garantam sua independência.

Keity Laís Siepmann Soccol; Zaira Letícia Tisott; Naiana Oliveira dos Santos; Andressa da Silveira; Mara Regina Caino Teixeira Marchiori; Helena Moro Stochero. A assistência prestada pelos profissionais no CAPS AD ocorre de modo que garante o acolhimento e o cuidado aos usuários, mostrando-se como sendo satisfatória e estabelecendo relações de vínculo e empatia com os mesmos. Em contrapartida, identificou-se fragilidades que remetem à infraestrutura, escassez de recursos

materiais e humanos, o que por sua vez interfere na assistência ao usuário do CAPS AD. A atenção primária mostrou fragilidades no que tange à assistência, haja visto que essa não atende a integralidade do cuidado aos usuários na lógica de assistência no território e tampouco realiza o encaminhamento dos usuários para outros pontos das RAPS. Em contrapartida, o CAPS é o serviço que os usuários buscam com maior frequência para serem assistidos, pois sentem-se acolhidos e conseguem estabelecer relações de vínculo com a equipe. O apoio da rede familiar e social mostrou-se mais efetiva para a busca de assistência do que os serviços que contemplam as RAPS.

Gabrielle Leite Pacheco Lisbôa; Mércia Zeviani Brêda; Maria Cícera dos Santos de Albuquerque. Este estudo concluiu que ampliação dos vínculos, territorialização, articulação com grupos de apoio e flexibilidade dos grupos familiares, são possíveis caminhos para o acolhimento. A demanda excessiva; o despreparo dos profissionais; o acolhimento focado na dependência do usuário de drogas; a dificuldade no trabalho interdisciplinar e a ausência de uma rede de atenção estruturada, configuram-se como uma versão do serviço realizado no CAPS ad e apontam novos caminhos a serem trilhados pela equipe.

Kallen Wande koken; Bruna Quintanilha; Maristela Dalbello-Araujo. A partir deste estudo, pudemos notar que a lógica manicomial ainda se encontra presente nos serviços de saúde mental, fato percebido nas diversas práticas tutelares presentes no CAPSad pesquisado, como movimentos de “higienização de ruas”, fortalecimento da dependência ao serviço e a supremacia da burocracia e dos controles em detrimento do cuidado. Frente aos resultados encontrados, pode-se perguntar se é possível estabelecer modos de acolhimento e cuidado sem o aprisionamento da vida e sem o assujeitamento dos usuários? Quais estratégias traçar para construir a autonomia dos usuários junto com eles? Assim, é preciso rever frequentemente se e quais estratégias biopolíticas estão operando na assistência ao usuário. Só desse modo será possível discutir os aspectos macro e micropolíticos que permeiam o processo de trabalho e as práticas de autonomia e cuidado no CAPS ad. Notamos ainda que, no que concerne ao aspecto macropolítico, é necessária a concretização de uma rede de atenção articulada, pois só assim se conseguirá junto ao usuário construir estratégias efetivas de autonomia, ou melhor, de não dependência, tanto das substâncias psicoativas quanto de um serviço.

O artigo 15 aborda a punição ao não cumprimento de normas como forma de tratamento e cuidado.

Esses três últimos artigos citados intensificam a necessidade da construção de um instrumento orientador do Acolhimento para serviços que atendem usuários de álcool e outras drogas, dando voz aos envolvidos no processo, trabalhadores e usuários dos serviços, a partir dos princípios orientadores do acolhimento como boas práticas. Precisa-se de serviços humanizados com a participação dos usuários em seu processo de cuidado, com fortalecimento do vínculo, resposta às demandas e serviço humanizado. É esse cuidado que os usuários precisam e desejam sem o foco na abstinência.

3.2 Contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo

Através de um perfil antropológico cada cultura tem sua própria imagem sobre a doença mental e as formas de loucuras, embora em todas as sociedades o doente se torne excluído de alguma maneira, mesmo que a mesma tente negar esse fato, o doente é considerado de forma geral uma pessoa desviada, um ser anormal. O diagnóstico da loucura vai depender de muitos fatores, sendo um deles a cultura e a sociedade que o indivíduo se encontra.

Construindo então uma linha do tempo, durante a Idade Média o louco era considerado um possuído, entrando questões místicas e religiosas a essa concepção de loucura, tornando o indivíduo doente mental um perigo, sendo o mesmo preso e ignorado, por estar possuído por forças mágicas. No século XIX surgem os primeiros leitos, em formas de jaulas, para que os furiosos (loucos) pudessem ficar presos e a sociedade fora de perigo, nos mostrando que até hoje prevalece esse tipo de pensamento, no qual o mais simples é prender e não tratar, caminho contra a atual reforma psiquiátrica, mas que ainda encontramos na sociedade atual, mesmo após anos de luta e movimentações. Nesta época não havia vocação médica e nenhuma forma de tratamento, sendo a internação sem nenhuma relação da loucura com a doença e sim com aquilo que a sociedade pensava, ou seja, internar para reestruturar a sociedade e não para cuidar ou tratar do doente (FOUCAULT, 1984).

No fim do século XIX o doente mental era considerado incapacitado para sempre e tinha assim a sua liberdade privada, a pessoa que sofria de “doença da mente”, diferentemente das que sofriam de “doença do corpo”, eram despojadas dos seus direitos e se tornavam inúteis para a sociedade a partir do momento que a sua loucura era descoberta, pois a sociedade não se interessava em tratar essas pessoas,

mas apenas prender e excluir, sem se preocupar que esses indivíduos podiam ter potencialidades e que cada doença tem o seu perfil singular (FOUCAULT, 1984).

Para que se chegasse a lei 180 e para que a Reforma Psiquiátrica fosse realmente uma realidade, era necessário recusar o óbvio e procurar novas soluções. Para Basaglia e Tommasini (1993), foi somente depois de muita luta que a Itália conseguiu de vez acabar com os manicômios, tirar os doentes desta prisão e reinserir, cada um dentro de suas possibilidades, de volta ao convívio em sociedade. Muitas pessoas que estavam a vida toda internadas nem deveriam estar ali, e isso só foi enxergado depois de muito tempo, com as altas hospitalares, reatando laços, quebrando os muros que antes separavam essas pessoas da vida.

Para Andrade (2012), a Reforma Psiquiátrica tem como principais objetivos o fim dos manicômios e das internações. Mas não podemos resumir uma luta de tantos anos em apenas alguns objetivos, pois dentro da reforma psiquiátrica ainda existem várias outras reformas, diferentes em cada região, acontecendo com mais ou menos intensidade dependendo do lugar e do que os governantes e até mesmo a população fazem para que ela aconteça. A Reforma Psiquiátrica aconteceu de forma diferente em cada país, tendo início na Itália, em Trieste, com Franco Basaglia, juntamente com a Reforma Sanitária. Logo, deu margem para que outros países iniciassem a mesma luta, embora sempre com algumas diferenças, pois se deve entender que cada sociedade é de uma maneira e por isso os processos não acontecem da mesma forma. E foi através do exemplo da Itália e de outros países que o Brasil deu início ao seu processo de desconstrução manicomial, que persiste de forma geral, até os dias de hoje, assim como objetivando a transformação da assistência psiquiátrica no país.

A partir do momento em que foi dado poder de voz as pessoas com transtornos mentais, aos pobres, aos que viviam à margem da sociedade, poder de decidirem a sua vida, de saírem de dentro dos manicômios e ganharem oportunidades de reinserção na sociedade, é iniciada a desinstitucionalização tão almejada, travada através de uma luta incessante de pessoas que acreditaram que a mudança era possível e conseguiram pensar novas maneiras de tratamento, formas de cuidado em liberdade, provando que o fim dos manicômios e de todo o tipo de internação não era uma utopia e sim uma realidade (Basaglia; Tommasini, 1993).

Quando pensamos em assistência, pensamos logo em estar fazendo um bem aos que dela necessitam, mas muitas vezes essa assistência veio durante a história, junto à opressão e a violência, e não de forma a reabilitar o usuário. A verdadeira

assistência, que objetiva ajudar de forma efetiva, é aquela que vem com a liberdade, de maneira a ajudar o usuário a recuperar a sua autonomia e se tornar uma pessoa independente. Assim fugimos da visão do assistencialismo momentâneo, aquele que não resolve o problema, apenas se torna um alibi da exclusão. Quando acontece a internação, de maneira a pensar que o problema assim está sendo resolvido, se faz da doença mental cada vez mais um problema de ordem social e não orgânica (BASAGLIA; TOMMASINI, 1993).

Todo esse movimento foi ocorrendo aos poucos, através de movimentos sociais que provavam que as atuais políticas psiquiátricas não eram adequadas e com o objetivo de pensar em práticas dignas e de respeito ao ser humano. A Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial, a Reforma Sanitária, todas aconteceram devido aos significativos movimentos sociais, que deram início aos processos de desinstitucionalização, que ganhou força a partir de 1986, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Obviamente muitas pessoas foram contra todas essas mudanças e houve divisões de atitudes e de ideias, mas com a força e a luta daqueles que acreditam na reforma as mudanças começaram a ocorrer e os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, foram aos poucos surgindo e ganhando credibilidade, ao provar que é possível novas formas de tratamento, principalmente sem prender, internar ou retirar da sociedade. Mesmo assim, ainda não podemos pensar que a ótica asilar e hospitalocêntrica tenha sido superada por completo (Andrade, 2012).

A luta antimanicomial é uma batalha antiga, com momentos de ganhos e de perdas, mas que jamais foi esquecida por seus idealizadores, pessoas que acreditavam que este tipo de instituição era apenas em benefício da sociedade em geral, com o objetivo de controlar as pessoas consideradas fora da normalidade e em nenhum momento usada como forma de tratamento. Internar nada mais era que uma fuga do poder político para não enfrentar os problemas sociais em questão, que seriam esses indivíduos vistos como perigosos e loucos. O manicômio e as outras instituições fechadas nada mais eram do que uma válvula de escape dos problemas sociais, um lugar para despejar uma humanidade desesperada, sem voz, sem poder, sem direito a reação, marginalizados e considerados como incapazes pelo restante da sociedade. As instituições fechadas se alimentam da morte lenta de seus abrigados, da falta de respeito aos direitos dos que nelas vivem, da intolerância. Para isso mudar de forma efetiva, não basta mudar a lógica de funcionamento dessas

instituições, é necessário fechá-las, substituí-las por um ambiente que estimule a solidariedade, crie espaços de autonomia, de respeito às subjetividades de cada indivíduo, levando em conta o que ele deseja e sente, criando novas formas de convivência social (Basaglia; Tommasini, 1993).

As experiências de reestruturação destes serviços, a forma como tudo aconteceu, a participação popular nesse processo, a força de vontade de algumas pessoas em seguir em frente, mesmo quando tudo parecia perdido devido à falta de apoio das autoridades, o envolvimento verdadeiro dos profissionais, do movimento estudantil, tudo isso impulsionou essa caminhada. Com isso percebe-se o quanto é importante escolher os profissionais adequados para esse tipo de cuidado, pessoas que saibam se colocar no lugar do outro, saibam entender as especificidades de cada um, que entendam o poder destrutivo da internação (Andrade, 2012).

Tanto a Reforma Brasileira, como a Reforma Italiana, mesmo depois de tantos anos, ainda encontra forças contrárias. Mesmo com o fechamento físico dos manicômios, ainda persiste a mentalidade manicomial, tanto nos profissionais, como na sociedade e que é esta mentalidade que deve ser reformada, para que não haja mais reprodução de preconceito com os usuários e para que as relações de horizontalidade, como pregava Basaglia, aconteçam e sejam realmente verdadeiras. Mesmo com toda a rede disponibilizada ainda existem no país hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas particulares, que utilizam de recursos do SUS e mantêm ainda um caráter asilar e não pensam em formas de cuidado em liberdade, indo contra a reforma. A lógica manicomial, infelizmente, ainda está presente e muito forte, principalmente no que diz respeito à formação dos profissionais e a falta de mobilização dos movimentos sociais, que muitas vezes se desmotivam por falta de apoio dos políticos e do restante da sociedade.

Toda esta transformação leva então a uma modificação na forma de operacionalização da prestação de serviços médicos para a formação desse novo modelo assistencial comunitário, com isso tem-se a extensão dos serviços médicos até a comunidade e a rede assistencial integrada, com a participação da população, com articulação com o espaço social e familiar e principalmente com a terapia colocada no centro dessa ação preventiva. Para que tudo isso se tornasse realmente realidade foi necessária uma caminhada para que se chegasse até o Programa Nacional de Saúde Mental, que visa a não internação e sim à medidas de alcance coletivo dirigidas à comunidade, através de programas destinados à prevenção e à

redução da doença mental. Obviamente para que todas essas transformações ocorressem foi necessário muita luta e persistência de quem acredita na Saúde Mental.

O modelo biomédico, mesmo após todas essas mudanças, ainda impera sobre os demais, faz parte da cultura e a sociedade acaba sempre por aderir o modelo dominante. Mas para que realmente consiga-se mudar esta realidade, deve-se pensar no processo de desinstitucionalização a partir das experiências dos próprios usuários e as questões geradas por eles. A partir da perspectiva dos usuários é possível se ter outra visão do processo de Reforma Psiquiátrica, outra compreensão do lugar ocupado pelos próprios “experientes”, que vivem em diferentes contextos e por isso se colocam em diferentes posições, até mesmo entre eles. A rede de Saúde Mental e os profissionais que nela trabalham devem esclarecer os usuários e familiares sobre a sua condição, pois quando os sujeitos são empoderados sobre a sua doença, podem dar novos significados e novas maneiras de pensar, sentir e perceber a sua loucura, o que leva a quebra da visão biomédica e dominante. Há grande diferença entre a linguagem biomédica e a linguagem do usuário, mas deve-se levar em conta que no contexto de vida as pessoas vão criando estratégias e saberes que devem ser percebidos pelos profissionais, até mesmo para aproximar ambos e horizontalizar a relação (Andrade, 2012). [OBJ]

Cardoso (1999) discorre sobre a descentralização dos asilos e os novos serviços substitutivos para os casos de doença mental, assim como a importância da mudança na forma de prestar assistência médica/psiquiátrica. Para que houvesse essa mudança foi necessário a modificação das práticas e das intervenções, a partir de uma ótica mais humanista, através de uma assistência mais integrada e terapêutica dentro da rede de serviços. Pensando em como se organizou essa rede de saúde, a autora fala sobre o objetivo do consultório médico ambulatorial como um lugar de estratégia, prevenção e controle terapêutico nos casos de doença mental. Logo, tirando o poder de tratamento dos hospitais psiquiátricos e tendo como alvo a assistência à comunidade. Os asilos manicomiais, serviram por muito tempo de campo de conhecimento e experiências de médicos e psiquiatras. Logo, como crítica a este modelo asilar a psiquiatria mostrou-se como serviço comunitário e foi dentro desse contexto de reestruturação dos serviços assistenciais públicos que a assistência médica, de forma geral, também começou a se transformar.

A Saúde Mental vem percorrendo um longo caminho de reformas de práticas de tratamento à loucura. A Reforma psiquiátrica tem como finalidade transformar saberes e práticas deste campo, compreendendo a complexidade do objeto e terminando com os manicômios externos e internos criando novos modos de pensar e lidar com a realidade (Neves; Meireles; Kantorski, 2010).

A loucura muitas vezes ainda é banalizada, não há mais separação e todos aqueles que por algum motivo são, ou estão passando, por momentos de nervosismo, ansiedade ou conflitos, são medicalizados com psicotrópicos e considerados com algum problema de ordem mental. É necessário reduzir esse modo de diagnosticar a loucura e repensar nas formas de tratamento e assistência, para que a pessoa ao chegar ao consultório médico, ou em qualquer outro lugar da rede de saúde, possa ser entendida e percebida como um ser complexo, integral, com inúmeras potencialidades e não apenas tratada como um objeto a ser diagnosticado e rotulado (Cardoso, 1999).

Inicialmente isso ocorria não apenas com os loucos, mas com todos aqueles que a sociedade julgasse diferente ou fora dos padrões, o mundo da loucura se torna o mundo da exclusão e os loucos além de serem presos são obrigados a trabalhos forçados, como forma de lucro para a manutenção desses hospitais, sem nenhuma atividade terapêutica ou de cura, apenas de exclusão e abuso. Após esse período apenas os loucos seguem internados, sendo os pobres e velhos liberados ao convívio familiar em suas residências e os doentes mentais continuam a viver presos, convivendo apenas entre si, a internação torna-se nesse momento também uma medida de caráter médico, pois a partir do século XVIII a tentativa de manter silenciosa a loucura é desmoronada e o louco reaparece na sociedade (Foucault, 1984). Logo, este assunto ainda está presente nos dias de hoje e ainda é necessário lutarmos contra essas formas de exclusão e repressão da loucura, que mesmo através dos séculos ainda tem sido tratada de forma preconceituosa pela sociedade, que não considera o louco como um indivíduo com suas especificidades e que merece ser cuidado e tratado, jamais preso e excluído.

Assim pensa-se em descentralizar a atenção psiquiátrica do âmbito hospitalar, voltando um olhar mais humano para as pessoas em sofrimento psíquico, tendo em vista outras formas de cuidado, pensadas de maneira integral, através de um projeto terapêutico inovador que proporciona moradia digna e que mantenha o sujeito inserido na sociedade (Argiles *et al.*, 2010), inclusive garantindo acesso e qualidade no

tratamento de pessoas que têm sofrimento psíquico e/ou são usuárias de substâncias psicoativas. Sendo assim,

De acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2019, p. 31).

Andrade (2012) reforça a importância dessa rede de Saúde Mental e principalmente a importância do usuário se tornar parte disso, podendo compartilhar as suas experiências e se tornar um “experiente” nesse processo. Essas novas formas de cuidado em uma rede ampla de serviço, dá aos sujeitos perspectivas de vida e de reinserção na sociedade e o cuidado não ocorre mais centrado apenas na doença e sim no sujeito e nas suas possibilidades, podendo o mesmo retomar seu lugar na sociedade. Surgem então no país as redes de Saúde Mental, com serviços que vem para substituir a internação nos hospitais psiquiátricos, através dos CAPS, dos Residenciais Terapêuticos, dos Centros de Convivência, dos Consultórios de Rua, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos leitos em hospitais gerais e vários outros programas que disponibilizam à sociedade inúmeras outras formas de tratamento, articulados com vários outros setores, como o da Educação, Serviço Social, Cultura, Trabalho e Direitos Humanos, pois entende-se que para atender pessoas em suas complexidades, apenas a Saúde não bastaria.

3.3 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)

Segundo a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, os Centros de Atenção Psicossocial são organizados nas modalidades (Brasil, 2011):

CAPS I - Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes, atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves

e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

CAPS II - Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes, atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

CAPS III - Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes, atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD.

CAPS AD - Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes, atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.

CAPS AD III - Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes, atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno.

CAPS i. - Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes, atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

As políticas sobre drogas no Brasil tiveram início no período da ditadura e com isso as práticas autoritárias e ditatoriais se mantiveram durante muito tempo, embora mesmo dentro do próprio Estado Democrático Brasileiro. Esta “guerra às drogas” foi

baseada no fracasso econômico da década de 80, junto ao desemprego, o sucateamento da educação pública e a precarização dos serviços de saúde e sociais que vivia o país. Consequentemente, esses fatores deram origem ao crescimento de favelas, o aumento da violência urbana e o fortalecimento do tráfico de drogas e do embate entre as facções criminosas e a polícia. É neste cenário que a guerra às drogas fortalece o controle social, através do poder da polícia e do Estado, que ao focalizar esforços para combater o crime e o tráfico, tornam a repressão, práticas comuns na época (PASSOS; SOUZA, 2011).

No começo do século XX, as políticas proibicionistas ainda prevaleciam, não só no contexto brasileiro, mas também mundial. Medidas opressoras e que visavam a ordem da segurança e da saúde pública no país eram impostas através de decretos e leis. Um aparato jurídico-institucional que proibia o uso e venda de drogas no país era o que se considerava como Política de Atenção aos usuários de drogas, na qual traficantes e usuários eram tratados da mesma maneira, sendo excluídos de convívio social (Machado; Boarini, 2013).

As medidas adotadas visavam a opressão e repressão e em nenhum momento se pensava no cuidado com o usuário ou em políticas de promoção e prevenção a saúde. Nesta época aumentou o número de prisões e do contingente policial, fortalecendo ainda mais a guerra às drogas, sem pensar em estratégias de cuidados aos usuários, que eram vistos como doentes ou criminosos. Não se distinguia padrão de uso e todas as pessoas se enquadram no perfil de dependentes da substância e por esse motivo o uso de drogas era pensado somente na ótica biológica (Machado; Boarini, 2013). Com isso, o saber médico era extremamente valorizado e a abstinência era vista como única solução de tratamento, centralizando as ações de saúde apenas no âmbito hospitalar, da justiça e da segurança política (Pacheco, 2013).

Foi a partir da mudança ocorrida através da Reforma Psiquiátrica, garantida na Lei 10.216/2001, que a assistência, cuidado e atenção aos usuários de drogas no país foram modificadas. Uma das grandes mudanças foi os dispositivos da rede básica se tornaram também responsáveis pela saúde mental, extensivo às pessoas que usam drogas. Houve uma descentralização dos serviços e consequentemente uma mudança no tratamento e acompanhamento dos usuários de drogas. A rede de atenção começou a contar com outros dispositivos e serviços, como os CAPS AD, Programa de Redução de Danos, grupos de autoajuda e internações breves em hospitais gerais (Franchini, 2016; Pacheco, 2013).

Para Pereira, Vargas e Oliveira (2012) e Santos e Oliveira (2012), foi o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira a manivela que impulsionou os avanços das políticas de drogas no Brasil, visando novas formas de cuidado aos usuários. Em 2002, a Lei nº 10.409 foi instituída, priorizando o tratamento dos usuários de drogas de forma multiprofissional, a qual valorizava o apoio da família e das estratégias de Redução de Danos. Foi possível fortalecer um novo pensamento de cuidado aos usuários de drogas, porém, muitos dos artigos da referida lei foram vetados e consequentemente a mesma não revogou por completo a Lei 6.368/1976, ainda em vigor na época (Santos; Oliveira, 2012).

Em 2003 foi estabelecida a Política de Atenção Integrada aos Usuários de Álcool e outras drogas. O Ministério da Saúde admitiu de certa forma a notável existência de um histórico atraso do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação às ações voltadas ao cuidado às pessoas usuárias de drogas. A partir desta política, o controle, a repressão e o foco apenas na substância, foram substituídos por uma abordagem que pensava no usuário e nas suas necessidades (Romanini; Roso, 2012; Pacheco, 2013).

Nesta linha foram criados os CAPS AD e o Ministério da Saúde assumiu o desafio do cuidado integral e humanizado às pessoas que usam drogas. A partir desta perspectiva, se estabeleceu uma rede de atenção integrada do SUS para esses usuários, através de um modelo de dispositivos substitutivos à internação psiquiátrica e com serviços que retirassem o foco manicomial, visando o cuidado em liberdade e valorizando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Em 2006, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas (SISNAD), foi estabelecido pela Lei 11.343 e atualizado em 2016, na sua 3ª edição. O SISNAD visa a prevenção ao uso de drogas com grande destaque a reinserção social dos usuários e em especial estabelecendo normas para a repressão e para os crimes referentes ao tráfico, visto que a questão da despenalização do crime referente ao consumo de drogas é a grande diferença presente no SISNAD em relação às leis anteriores (Ferreira, 2013; Santos; Oliveira, 2012; Pacheco, 2013).

Os CAPS AD são um dos componentes da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e se configuram como serviços de saúde mental de base comunitária. A atenção voltada aos usuários desse serviço conta com bases terapêuticas e preventivas, preconizadas através dos atendimentos individuais, em grupo, atendimentos às famílias, visitas domiciliares, atividades comunitárias, oficinas

e orientações (Souza *et al.*, 2012). A equipe profissional é multidisciplinar e está preparada para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e repensar os problemas inesperados e questões que demandam providências imediatas (Brasil, 2004).

Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (2004), o CAPS AD é um serviço que oferece atendimento diário a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, através de um projeto terapêutico singular e de evolução contínua. No serviço são desenvolvidas diversas atividades para a promoção e integração do usuário na comunidade, na sua família e nos espaços que o mesmo pertence. A equipe multidisciplinar pode ser composta por assistente social, enfermeiro, médico clínico geral, psicólogo, psiquiatra, educador físico e terapeuta ocupacional e são estes profissionais que irão desenvolver os atendimentos individualizados, os grupos terapêuticos, as visitas domiciliares e todas as atividades preconizadas para o funcionamento do serviço e atuação profissional.

Além disso, no CAPS AD também há a oferta de condições para o repouso ambulatorial dos usuários que precisem de cuidados sem a necessidade de atenção clínica hospitalar. O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. O tempo de permanência do usuário em tratamento no serviço irá depender de inúmeras variáveis, desde a capacidade psíquica do sujeito, como o projeto terapêutico traçado, a rede de apoio familiar e social e outros determinantes sempre individuais e singulares a cada indivíduo (Brasil, 2004).

É necessário que o trabalhador de saúde consiga garantir o acesso do usuário no momento inicial da procura pelo serviço, ou seja, quando surge a necessidade e vontade de procurar ajuda. O acolhimento é uma ferramenta de promoção e inserção do usuário no serviço de saúde mental, especialmente nos CAPS-AD, pois permite de maneira facilitada, com baixas exigências e sem a necessidade de agendamento prévio, o acesso ao serviço. No CAPSAD os usuários possuem acesso ao serviço através do atendimento porta aberta, facilitando e desburocratizando esse acesso, porém, também podem ser atendidos os indivíduos encaminhados por outros serviços intersetoriais, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS); Estratégia da Saúde da Família (ESF); Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico de atendimento Integral; Ministério Público, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS II) entre outros serviços da rede (Andrade; Sousa; Quinderé, 2013).

A barreira de acesso aos outros serviços da rede, ainda colocam o CAPS AD como serviço exclusivo de atendimento e cuidado aos usuários de drogas. Ao refletir sobre as políticas públicas relacionadas às pessoas que usam drogas, percebe-se o quanto, mesmo nos dias atuais, muitas delas ainda estão restritas aos serviços especializados e também ligadas de alguma forma, mais às questões de segurança do que de saúde pública. A repressão ainda sobressai em relação a prevenção e a ótica baseada no modelo biomédico, na repressão policial e na criminalidade, ainda é muito forte, favorecendo de forma cruel a exclusão e estigmatização dos usuários de drogas (Camargo, 2019).

É necessário que se dê mais visibilidade às políticas públicas de saúde, para que as mesmas sejam efetivadas de forma prática dentro dos princípios do SUS e garanta às pessoas que usam drogas um acesso digno, humanizado e integral aos serviços de saúde, educação e assistência social. Faltam ainda políticas públicas eficazes e adequadas, que possam facilitar e promover o acesso às pessoas que usam drogas a todos os serviços da rede.

Destaca-se que, muitas vezes, na história de vida dos usuários o uso da droga não é, no primeiro momento, o fator que desencadeia o sofrimento, mas ele atua como forma de compensação a um desequilíbrio entre as esferas da vida do usuário. Por outro lado, o uso de drogas poderá ser uma estratégia prazerosa nesta circunstância para minimizar o sofrimento, utilizada pela pessoa para equalizar essas esferas de vida. De forma contraditória, as consequências negativas desse uso fazem com que o usuário procure o SUS, que deve acolher suas demandas na forma como ele se apresenta, respeitando-o (Brasil, 2015).

3.4 Protocolos de Saúde Mental Álcool e outras drogas

Os protocolos em saúde mental constituem um importante instrumento no atendimento à demanda dos serviços, disponibilizando subsídios para a construção e execução das ações que irão orientar a melhor conduta no atendimento às pessoas com transtornos mentais e/ou usuários de álcool e outras drogas (Colombo, 2011).

Os protocolos e intervenções devem ter como norte o entendimento de que o uso abusivo de substâncias psicoativas é um fenômeno complexo, que demanda

respostas intersetoriais. A redução de danos, por exemplo, é estratégia e diretriz de gestão de cuidado; assim como a preconização de ações voltadas para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação social, superando o senso comum e fortalecendo a autonomia dos usuários para o exercício de sua cidadania e reinserção social e familiar (Brasil, 2015).

O Ministério da Saúde (2015) publicou um Guia AD para propor estratégias e protocolos de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Neste guia, mais uma vez o acolhimento aparece como uma grande possibilidade para a atenção e o cuidado, devendo ser realizado sem demora e procedimentos burocráticos, facilitando o acesso. É importante ressaltar que não existe agendamento de acolhimento e nem se deve condicionar oferta de cuidados à exigência de frequência diária ou à abstinência, mas sim o respeito ao momento e desejo do sujeito, utilizando estratégias de redução de danos e baixa burocratização, e exigências para momentos de atendimento. Outro fator que não deve impedir ou dificultar o acesso do usuário ao serviço é a falta do cartão do SUS, se o indivíduo não o tiver, posteriormente ao acolhimento, o cartão deve ser confeccionado.

É fundamental respeitar o lugar de fala do usuário, garantindo, ao máximo, a privacidade, o sigilo e a individualidade. Há a possibilidade de só a família do usuário ser acolhida, ou somente o usuário ou até mesmo ambos. É necessário que o profissional esteja disponível para a escuta e valorize o sofrimento do usuário e sua família, pois só assim é possível entender as expectativas do indivíduo em relação ao serviço e construir um plano que vá ao encontro das suas necessidades. A escuta qualificada é uma intervenção que potencializa a organização e a realização da promoção de saúde, favorecendo a avaliação do caso e o potencial de risco com o grau de sofrimento (Brasil, 2015).

A Portaria nº 130/2012 estabelece a necessidade de adequação dos serviços às necessidades dos usuários, priorizando as tecnologias de baixa exigência, como a flexibilidade dos horários, o acolhimento dos usuários, mesmo sob efeitos de substâncias psicoativas, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida, como por exemplo, preservativos, alimentação, entre outros.

Segundo o Ministério da Saúde (2015) são princípios doutrinários dos SUS: Universalização, Equidade e Integralidade. A partir destes, se desdobram os princípios organizativos e de cuidado: Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único e Participação Popular. Esses princípios orientam

a concretização do SUS, com base nos quais são instituídos alguns parâmetros de cuidado consolidados em documentos de referência nacionais e internacionais. Dentre os parâmetros de cuidado, podemos apontar alguns principais a serem observados durante o planejamento, a execução, a avaliação e o monitoramento dos programas e ações: como o desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social, com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; a regulação e organização das demandas e fluxos assistenciais das redes de atenção à saúde; a realização do diagnóstico situacional de necessidades de saúde, formulando ações para reduzir as vulnerabilidades dos usuários; a legitimação dos espaços de controle social para discussão, criação, avaliação e ampliação das políticas públicas de saúde; o acompanhamento dos recursos orçamentários e financeiros; a adoção de estratégias de formação e educação continuada para os profissionais da rede; a ampliação das estratégias de redução de danos; a criação e monitoramento de indicadores de qualidade do tratamento; o envolvimento comunitário; a participação ativa dos usuários e familiares no planejamento do cuidado, com envolvimento de todas as esferas de intervenção; o estímulo a ações integradas no âmbito da prevenção ao uso de drogas nas redes de serviços intersetoriais e o respeito aos direitos humanos e combate ao estigma e ao preconceito em relação aos usuários de álcool e outras drogas.

Ações de prevenção ao uso de álcool e outras drogas devem ser organizadas continuamente em articulação entre setores, como por exemplo, a escola, CRAS, CREAS, pontos de cultura, pastorais, igrejas, Unidades Básicas de Saúde, entre outros, considerando os estudos, os conhecimentos e os avanços já produzidos e considerando algumas passos como a definição do contexto; a definição do problema; as evidências sobre políticas e/ou ações anteriores; as diferentes opções de ação; os resultados esperados; os critérios de avaliação; a avaliação dos resultados alcançados, para então a tomada de decisões. A avaliação contínua das ações de prevenção deve ser uma diretriz contínua dos territórios, incluindo a avaliação de processo, a validação instrumental e a avaliação de resultados por meio de estudos e pesquisas. Essa cadeia de estudos agrega, no processo, segurança dos efeitos da implementação e, por isso, qualifica uma política pública no campo da prevenção (Brasil, 2015).

O Governo de Santa Catarina lançou em 2019 um guia de linha de cuidado para atenção em saúde mental, com o objetivo de fornecer subsídios aos municípios

e regiões para organizar a rede de atenção a nível regional/municipal. As linhas de cuidado buscam organizar os fluxos, as atribuições dos serviços na organização do itinerário das pessoas dentro da rede de cuidado e os protocolos de atendimento aos usuários. Em relação ao cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, a identificação do padrão de consumo possibilita reconhecer sinais e sintomas de seu uso abusivo, a partir disto, os cuidados e ações propostas devem incluir as intervenções, a discussão do risco envolvido, assim como encaminhar os usuários para serviços especializados, quando necessário. Podem ser programados na APS atendimentos em grupos ou encaminhamento para grupos de ajuda mútua e a promoção de ações intersetoriais, visando a redução de danos, bem como a prevenção de recaídas (Brasil, 2019).

O município de Colombo, no estado do Paraná, elaborou em 2011 um protocolo em saúde mental. Iremos apresentar os protocolos em álcool e outras drogas elaborados pela gestão municipal e utilizado nos serviços de atenção psicossociais em álcool e outras drogas do município. O fluxo de atendimento no CAPS AD se configura como porta aberta e inicia com o acolhimento do usuário que busca o serviço. Este primeiro contato com o usuário no momento da sua procura pelo serviço deve ser realizado por profissionais de nível superior da equipe multidisciplinar, sendo ofertado um espaço de escuta qualificada, visando o conhecimento da história de vida e da situação de saúde do indivíduo, construindo assim o vínculo entre o usuário e o serviço. Durante o acolhimento, o usuário é orientado quanto a dinâmica do serviço e suas modalidades de tratamento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo), construindo assim a modalidade de tratamento que mais se enquadra às necessidades do usuário naquele momento, sendo elas o Tratamento Intensivo: o usuário comparece diariamente ao CAPS AD, o Tratamento Semi-intensivo: o usuário comparece 3 vezes por semana no serviço e o Tratamento Não-intensivo: o usuário comparece uma vez por semana para atendimento. Importante ressaltar que as mudanças das fases do tratamento são realizadas de modo individual e a partir de discussão de equipe e com o desejo do usuário.

Dentro dos protocolos de atendimentos para o CAPS AD do município de Colombo, além do acolhimento, também está a construção do Projeto Terapêutico Singular, a avaliação terapêutica, as consultas com os médicos psiquiátrico e clínico, os atendimentos individuais, as oficinas e atendimentos em grupos, a realização de busca ativa e de visitas domiciliares aos usuários que estão frequentando ou que não

aderiram ao tratamento, a evolução do prontuário e as reuniões de equipe. Também são apresentados os protocolos de alta e encaminhamentos para outros serviços da rede, sempre respeitando as necessidades e individualidade de cada usuário.

Em uma pesquisa realizada por Andrade, Sousa e Quinderé (2013) retrata como ocorrem os protocolos de acolhimento em Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD) de um município do Ceará. Na pesquisa realizada com profissionais do serviço, os mesmos relatam que o acolhimento pode ocorrer através da triagem e porta de entrada do equipamento, ou seja, a dinâmica do acolhimento, muitas vezes, se baseia por características de filtragem inicial de quem pode ou não ser atendido, através de critérios do próprio equipamento e não da necessidade do usuário. Porém, o Ministério da Saúde coloca o acolhimento como um protocolo que vai além da triagem, pois não deve apenas se limitar a uma etapa do processo, mas sim uma ação contínua, que deve ser priorizada em todas as etapas do atendimento.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), a sistemática de acolhimento deve ser implantada nos serviços da rede de forma integrada, pactuando e explicitando suas responsabilidades com a atenção à demanda não agendada, priorizando a capacidade resolutive e garantia de continuidade da atenção. O acolhimento também remete a um procedimento de porta de entrada, tanto para possibilidade de início ou retomada do tratamento, facilitando o acesso ao equipamento. Constituindo-se como primeiro contato com o usuário, o acolhimento permite a identificação de elementos da problemática, os pontos de ancoragem entre o indivíduo e a substância, permitindo, assim, um diagnóstico situacional e a partir disso o estabelecimento do plano terapêutico, tratando cada caso na sua especificidade e sem desconsiderar as ações coletivas.

O acolhimento se torna um dispositivo com a capacidade de interrogar processos que constroem relações nas práticas de saúde, visando à responsabilização clínica, sanitária e à intervenção resolutive, ou seja, sem acolhimento e vínculo, não há produção dessa responsabilização. Mais uma vez o acolhimento se dá como ferramenta em potencial para construção de vínculo, visto que aproxima o trabalhador da saúde do usuário que acessa o serviço. No caso específico do acolhimento nos serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, essa construção de vínculo ainda é mais importante, pois os sujeitos são fortemente marcados pelos baixos índices de adesão ao tratamento. Durante a

triagem, portanto, pode-se ir além do que uma filtragem de acesso ao serviço, mas associar esse momento a uma coleta de informações que possa colaborar para a construção do Projeto Terapêutico Singular, através das necessidades e singularidades apresentadas pelo usuário no momento de entrada no serviço. A construção do PTS deve ser essencial para o tratamento de qualquer usuário no CAPS AD, mediante a escuta qualificada, da construção do vínculo e da coleta de informações os profissionais possuem condições de avaliar os possíveis encaminhamentos e pensar sobre outras possibilidades terapêuticas (Andrade; Sousa; Quinderé, 2013).

É comum nos serviços de saúde usuários que buscam o acolhimento somente para solicitar medicamentos, muitas vezes sem o menor interesse em construir vínculo ou um projeto terapêutico singular. O próprio usuário foca apenas na doença e no remédio que lhe garanta a cura, sem compreender as questões singulares e o contexto integral do uso abusivo da substância. Os trabalhadores devem estar preparados para o risco de cair na psiquiatrização dos problemas sociais, deixando a porta de entrada do sistema de saúde como um espaço de triagem para a atenção especializada ou até mesmo limitando-se a uma clínica cujo foco é a patologia e a cura e não o cuidado integral e humanizado.

Neste sentido, se colocarmos o Sistema de Saúde como pano de fundo, podemos dizer que o acolhimento é um fator facilitador do acesso da população aos serviços, assim como fator que garante uma assistência adequada, através de uma postura de comprometimento, escuta e cuidado humanizado aos usuários e as suas necessidades, não apenas quando os mesmos chegam ao serviço e são recepcionados, pois a palavra acolhimento, neste contexto, extrapola a ideia de espaço ou triagem, ela conceitua uma postura de corresponsabilização, de vínculo e de construção de possibilidades concretas e resolutivas. É importante ressaltar que o acolhimento dentro dos serviços de saúde mental deve ser realizado mediante uma escuta qualificada e terapêutica, com profissionais livres de qualquer preconceito, através de uma equipe multiprofissional e que reconheça e respeite a singularidade e especificidades de cada sujeito (Andrade, Sousa, Quinderé, 2013).

É fundamental a construção de protocolos de atendimentos, visando possibilitar a organização da rede de saúde mental, quanto ao fluxo de toda a demanda que diz respeito à Saúde Mental e oferecendo ao usuário um acolhimento através de uma equipe multidisciplinar e construído a partir do vínculo. Com a elaboração de

protocolos e um trabalho de capacitação dos profissionais do serviço e das redes de atenção, é possível formalizar o fluxo de atendimentos, encaminhamentos e padronizar a condução de casos no sentido de garantir a qualidade e o acolhimento prestado nesses serviços.

4 Referencial Teórico

Como referencial teórico foi utilizado o processo de trabalho apoiado em Marx (1980), uma visão que considera o trabalho realizado pelo homem como categoria central para as transformações da natureza em função das necessidades daquele homem, em um determinado contexto sócio- historicamente constituído.

Partindo do entendimento que o acolhimento se insere no contexto e processo de trabalho, e que, Mendes Gonçalves (1992) foi o primeiro autor a discutir o processo de trabalho em saúde e Mehry (1997) a abordar o acolhimento e as tecnologias usadas na saúde, justifica-se a utilização deste referencial, dado que o mesmo oferece fundamentação para a análise dos dados a serem trabalhados neste estudo.

A atividade humana através dos tempos esteve ligada, de um modo ou outro, a atos produtivos, os quais modificam e são modificados pela natureza. Segundo Marx (1980), o homem é capaz de utilizar as forças e os elementos da natureza modificando-os a seu favor, para dar conta de seus carecimentos.

O trabalho na concepção marxista, deve ser compreendido na maneira pela qual os processos de trabalho são organizados e executados, em uma dada historicidade, o que torna importante a consideração do cenário atual, no qual o modo de produção que rege a compreensão dos processos de trabalho é o capitalismo e a organização dos processos de trabalho se dá em função de três elementos constituintes: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria que se aplica ao trabalho, o objeto de trabalho; e os meios de trabalho, o instrumental do trabalho (Marx, 1980, p.202).

Entender cada elemento é fundamental para a compreensão global dos processos de trabalho, dessa forma Marx (1980) expõe de forma detalhada cada um dos elementos de sua teoria. Assim, o objeto pode assumir duas configurações distintas, uma delas quando é fornecido em sua forma natural e outra quando é produto de um trabalho anterior, daí denominado matéria-prima, contudo ele só se torna um objeto de trabalho quando o sujeito tem um plano para ele, um resultado em

mente. Os meios de trabalho são um complexo de coisas necessárias (propriedades físicas, químicas, mecânicas de diferentes elementos) que o trabalhador insere entre si e o objeto de trabalho a fim de mediar sua atividade sobre o objeto. A partir dos meios de trabalho é possível distinguir diferentes épocas em relação ao desenvolvimento da força de trabalho humana e condições sociais em que o trabalho se realiza. O processo se extingue ao concluir o produto, o qual já estava presente na ideia do homem que operou a transformação. Ao final do processo temos um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma do objeto.

Marx (1980) destaca que o processo de trabalho dirigido apenas para a produção de valores de uso, ou seja, transformação de elementos naturais para satisfação de necessidades humanas é condição natural para a vida humana. Contudo, os elementos envolvidos no modo de produção capitalista modificam as relações envolvidas no processo de trabalho, uma vez que a finalidade agora é a obtenção de lucro para o capitalista, através da apropriação tanto da força de trabalho, quanto dos meios de produção, pelo mesmo. O modo de produção capitalista tem como características fundamentais a separação dos trabalhadores dos meios de produção, a venda da força de trabalho e a divisão entre as fases da concepção e execução do trabalho (Braverman, 1987).

A produção de mais valia sustenta o modo de produção capitalista e é apontada por Marx (1980) como a mola mestra da economia burguesa, e pode ser considerada uma unidade de relação entre os dois polos da produção, o trabalhador e o proprietário dos meios de produção.

Um serviço, para Marx (1980) é o efeito útil de um valor de uso, seja ele mercadoria ou trabalho. No caso dos efeitos úteis não tornarem forma de objetos vendáveis, ou seja, produção e consumo simultâneos, os próprios trabalhos tornam-se as mercadorias vendáveis. Dessa forma, o setor serviço também se relaciona com a lógica da acumulação de capital e da mesma forma que nos processos de trabalho na indústria, a mediação entre trabalhador e objeto de trabalho se dá pelos meios de trabalho, que são todas as condições objetivas existentes para que o processo de trabalho se realize.

O trabalho é ação dirigida a um determinado fim, ação que busca um determinado resultado. O resultado do trabalho será um produto com valor de uso ou de troca. O valor de troca garante que os produtos circulem como mercadorias, não é

o caso da saúde, pois a saúde não pode ser tratada como mercadoria. A saúde é um produto que tem um valor de uso, e este produto é utilizado como um serviço (Campos, 2000).

O trabalho em saúde deve, necessariamente, fazer parte de uma necessidade humana pertencente a um contexto social e histórico, de modo que não existe processo de trabalho em saúde “em geral”, uma vez que ele não corresponde a um objeto natural, independente da história. Os objetos de trabalho em saúde não podem ser subtraídos de suas relações históricas, bem como os agentes sociais que operam práticas de saúde, que somente se definiram como trabalhadores em saúde dentro de uma divisão social do trabalho, e mesmo essa existência não é natural, mas sócio-historicamente determinada (Mendes Gonçalves, 1992).

As concepções acerca do processo saúde-doença, das práticas assistenciais e da formação profissional, modificam-se substancialmente ao longo dos anos, e essas modificações sempre identificam uma historicidade própria da sociedade da época.

Os modelos históricos de organização tecnológica do processo de trabalho em saúde apresentam requisitos conceituais para a organização interna dos processos de trabalho, os quais encontram-se articulados à (re)produção da estrutura social imposta pelo modo de produção. As necessidades sociais do capitalismo são as necessidades do grupo que personifica o capital, e assume, como sendo da sociedade as suas necessidades, criando um processo de dominação. Dessa forma, o indivíduo comum passará a ter, como suas, as necessidades sociais impostas pelo capital, e serão desconsideradas aquelas necessidades que fogem a lógica capitalista (Mendes Gonçalves, 1992).

Ao se pensar na Saúde, a lógica de consumo e a dominação de classes, características do modo de produção capitalista, estabelecem uma hegemonia biomédica que sustenta as práticas de saúde por séculos. A dominação do saber médico, como detentor do controle sobre todo o processo de trabalho na área da saúde, e a produção de quantidades de saúde e não qualidade gera uma lógica, no campo das práticas de saúde, que implica na alienação das necessidades humanas e, conseqüentemente, modelos fundamentados no biológico, que não valorizam as diferentes dimensões das pessoas, deixando de lado uma parceria importante referente a questões subjetivas sociais.

Campos (1992) diz que, no caso da saúde, o usuário de um serviço vai atrás de um consumo de algo (as ações de saúde) que tem um valor de uso fundamental,

caracterizado como sendo o de permitir que a sua saúde seja ou mantida ou restabelecida e, assim, a troca lhe permite o acesso a algo que para ele tem um valor de uso por produzir um “bem” para ele com um valor de uso inestimável, cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida.

O processo de trabalho em saúde acontece porque alguém procura o serviço de saúde com uma necessidade a ser satisfeita, assim a finalidade do trabalho será suprir esta necessidade, o produto será consumido em ato. A força de trabalho são os profissionais de saúde que utilizarão alguns instrumentos para intervir sobre o objeto, que no caso da saúde é o homem/família/comunidade. Estes instrumentos são as tecnologias leves, leves-duras ou duras.

O encontro trabalhador/usuário acontece no espaço intercessor que revela questões sobre os processos de produção em saúde. Segundo Merhy (1997) todo lugar que ocorre esse encontro se opera a tecnologia das relações, ou seja, em todo lugar que ocorrer esse processo tecnológico se terá o trabalho vivo em ato, que visa o processo de escuta das necessidades, para uma troca de informações, para o reconhecimento mútuo dos direitos e deveres, para um processo de decisões que possibilita intervenções.

O trabalho vivo é aquele em ato que ocorre no momento do encontro dos sujeitos. O trabalho em saúde pode ser trabalho vivo, quando não está amarrado pelas normas, rotinas, organização do serviço, pelo uso dos equipamentos, ou seja, é capturado pelo trabalho morto. O trabalhador nesta captura não consegue estabelecer seu padrão de assistência, não produz seu trabalho, fica preso ao trabalho morto.

Merhy (1997) ressalta que o trabalho vivo em ato é quase plenamente capturado pelas tecnologias duras (equipamentos e rotinas), leve-duras (saberes estruturados) - trabalho morto - e pelas necessidades (modo de satisfazer). Desta forma,

O trabalho vivo na saúde pode ocorrer através das tecnologias leves, entendidas como tecnologias de ação mais estratégicas, elas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades (Merhy *et al.*, 1997, p. 121).

Merhy *et al.* (1997) classifica as tecnologias em leves (as tecnologias de relação do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento); leve-dura (saberes bem

estruturados que operam no processo de trabalho em saúde) e dura (equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais).

O acolhimento está ligado ao processo de trabalho em saúde de forma a atender os que procuram os serviços de saúde, assume assim uma postura acolhedora, de escuta e de dar respostas adequadas às necessidades de cada usuário (Malta *et al.*, 2000).

No quadro 1 são apresentados os princípios norteadores de acolhimento a partir das leituras efetuadas e revisão bibliográfica.

Quadro 1 – Princípios norteadores que irão nortear a construção do dispositivo para o acolhimento

Acolher	É dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.	Ferreira (1975)
Vínculo	É a relação estabelecida entre profissional e usuário, confere segurança aos usuários, permitindo que os trabalhadores do serviço os conheçam para melhor estabelecer as prioridades na atenção à saúde. Está intimamente ligado às necessidades de autonomia/autocuidado, pois ao reforçar a relação de confiança entre serviço e usuário é possível fortalecer potencialidades para o enfrentamento do processo saúde-doença.	Moraes PA, Bertolozzi . MR, Hino P. (2011)
Acesso	Optou pelo termo acessibilidade, definindo-o como um dos aspectos da oferta do serviço em relação à capacidade de responder às demandas.	Donabedian (1973)
Autonomia	É a possibilidade de o sujeito protagonizar a sua própria vida, reconhecendo seus limites e suas possibilidades. Ampliar a capacidade de compreender e atuar sobre si mesmos e sobre o mundo nas trocas que a vida oferece.	Dutra , Bossato , Oliveira (ANO?)
Corresponsabilização	É a formação da atitude de corresponsabilização tem como requisito o compromisso e o contrato mútuo, evitando dissonâncias cotidianas, na possibilidade de se conviver e de se trabalhar em prol de algum propósito.	Campos, GWS (2007)
Porta-aberta	É o fácil acesso com atendimento oportuno às demandas dos usuários, com horários adequados, acolhimento e atendimento.	Brasil, PMAQ-AB (2012)

Escuta Qualificada	Consiste em conhecer o sujeito, o contexto em que vive, manifestações de sofrimento, conhecer suas redes de apoio, história de vida.	Alves M, Oliveira (2010)
Humanização	Humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.	Carvalho <i>et al.</i> (2008)
Integralidade	Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integralidade das ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.	Brasil (2001)

Fonte: Elaboração própria (2020).

O quadro acima mostra os princípios que norteiam e que devem orientar a prática do acolhimento nos serviços de saúde.

O termo acolhimento também pode ter um enfoque nas relações interpessoais. A equipe, ao acolher os que procuram o serviço de saúde e/ou dela necessitam, exerce a superação do acesso ao profissional, que agora exercerá a escuta clínica solidária (Bueno; Merhy, 2001), por meio da qual se garante a relação no processo de atendimento e construção da cidadania. Assim, identificam-se as necessidades e inicia-se a construção de vínculo (Matumoto, 1997).

A garantia do acesso ao serviço acontece no cotidiano dos serviços de saúde, quando os profissionais garantem o atendimento, com os fluxos bem definidos, sem agendamento, sem burocratização, exercendo a empatia, a escuta e incentivando a

autonomia do usuário e a resolubilidade. O acesso é muito maior do que se restringir as portas abertas do serviço.

Entende-se serviço de portas abertas, aquele que os profissionais trabalham além do significado concreto da palavra, profissionais que trabalham buscando transformar as relações, produzir práticas inovadoras que dialoguem com as experiências cotidianas de sofrimento e adoecimento, dentro e fora dos espaços institucionais. “Abrir a instituição não é apenas abrir as suas portas, mas abrir a cabeça frente a “esse doente” (Basaglia, 1983, p. 45).

Na perspectiva da desinstitucionalização, ser porta aberta é uma diretriz central dos serviços territoriais e um dos princípios que compõem a estratégia de produção de saúde mental comunitária, coletiva e territorial (Rotelli, 1987; 1999). Para Rotelli,

A porta aberta, concretamente construída no processo de superação da instituição asilar, é difícil de ser codificada, apresenta diversos significados, e refere-se às formas de conhecer e interagir, à relação com a demanda e à validação das pessoas e de seus direitos, à construção do repertório da equipe e estilo de trabalho, e a organização do serviço (Rotelli *et al.*, 1990, p. 38).

A proposição da porta aberta requer uma nova forma de organização do serviço e de estilo de trabalho da equipe que propicie, discussão aberta de conflitos, flexibilidade institucional, invenção compartilhada de projetos e, sobretudo, a construção da equipe como coletivo, potencializando seus recursos e suas possibilidades de produzir a porta aberta (Campos *et al.*, 2004, p. 43).

No campo da saúde coletiva, Campos (1994) propõe a noção de “acolhida” tanto no sentido de abertura dos serviços públicos para a demanda como de responsabilização pelos problemas de saúde de uma região e considera que o “coeficiente de acolhida” poderia ser avaliado segundo as possibilidades de acesso de usuários novos e em atendimento e, também, de acordo com a “plasticidade” do modelo de atenção, isto é, conforme sua capacidade de mudança, de adaptação de técnicas e de múltiplas combinações de atividades, objetivando sempre dar conta da variedade dos problemas de saúde, da inconstância dos recursos disponíveis e ainda do entrelaçamento da saúde com aspectos sócio-econômicos e culturais (Campos, 1994, p. 63).

Ao responsabilizar a equipe pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual e “vínculo de acolhida” constituem diretrizes fundamentais para garantir “a qualidade

do cuidado e a legitimização dos serviços públicos pelos usuários” e deveriam sobredeterminar os desenhos dos modelos de atenção (Campos, 1994, p. 62).

A garantia de acesso requer porta aberta em seus diversos significados e, inclusive, a elaboração de estratégias para ir ao encontro da demanda. Em outras palavras, a porta aberta não se circunscreve ao interior do serviço, implica adentrar nos territórios e, diferente da perspectiva preventivista-comunitária de ampliação do campo de intervenção psiquiátrica, trata-se por um lado, das iniciativas da equipe para identificar os processos de produção da demanda psiquiátrica, os caminhos que os usuários e familiares percorrem nos serviços socio sanitários, as diversas formas de desassistência e abandono, e produzir novas respostas (Campos *et al.*, 2005, p. 44).

Pitta *et al.* (1995) definem acolhimento como modo humanizado (cortesia, afabilidade, solidariedade e atenção) da assistência prestada ao usuário e à família. Assim, o acolhimento está diretamente ligado ao relacionamento trabalhador/usuário e a humanização da assistência no setor saúde deve percorrer todos os níveis profissionais, desde a recepcionista até o coordenador do serviço.

● **Escuta Qualificada - Formação de Vínculo - Humanização**

Enquanto escuta o usuário do serviço, o profissional pode oferecer continência aos sentimentos e sofrimento do usuário, fornecendo segurança, opções de cuidado e refletindo sobre possíveis soluções para seus problemas. Para ser efetiva a escuta, o profissional precisa conhecer e compreender o que a rede intersetorial oferece e qual a real necessidade de busca ao serviço pelo usuário.

É muito importante realçar que os elementos como o vínculo e o acolhimento, são partes da Política Nacional de Humanização, divulgada e recomendada pelo SUS (Brasil, 2004).

Para Maynard *et al.* (2014), a escuta qualificada é uma ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado integral; por meio dela, é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado. Significa resolução de problemas, disponibilidade, compreensão, confiança e respeito.

● **Autonomia**

Os profissionais ao escutar o usuário e o motivo pelo qual buscou o serviço de saúde a partir da compreensão do que o trouxe ao serviço precisam incentivá-lo ao protagonismo de seu cuidado e o exercício de sua autonomia nos processos de decisão e encaminhamentos.

Segundo Jorge et al (2013), o termo autonomia, diz respeito ao autogoverno; autodeterminação para a pessoa tomar decisões que afetem sua vida, saúde, integralidade físico-psíquica e relações sociais. Portanto, a autonomia refere-se à capacidade do ser humano de decidir o que é “bom”; aquilo que é seu “bem-estar”.

O acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante a responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesse processo de cuidado.

Para Jorge *et al.* (2011), a construção da autonomia ocorre na medida em que ambos conseguem lidar com suas próprias redes de dependência, coprodução de si mesmo e do contexto. Nesse caso, a formação da atitude co-responsabilizada requisita o compromisso e o contrato mútuo, evitando dissonâncias cotidianas na possibilidade de se conviver e de trabalhar em prol de algum propósito.

● Integralidade

A integralidade do cuidado acontece quando no nosso cotidiano olhamos para os usuários dos serviços de saúde mental, como um todo e quando prestamos atenção no que eles trazem em conversas formais e informais. Quais são suas necessidades e queixas. Muitas vezes aparecem fora do atendimento, em um momento de socialização, na hora das refeições e precisamos estar atentos.

Ante a importância da utilização das tecnologias leves em saúde na procura da integralidade do cuidado, deve-se ter sempre em vista o sentido final do trabalho em saúde, defender a vida dos usuários, individuais e coletivas, por meio da produção do cuidado (Jorge *et al.*, 2011).

Para Jorge *et al.* (2011), a integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no concernente à sua saúde.

Para Vieira *et al.* (2020), os protocolos assistenciais são construídos com base nas melhores evidências disponíveis, de acordo com a realidade local, com a experiência dos profissionais e com a preferência dos clientes. Os protocolos visam à prestação de cuidados adequados, de maneira eficiente, assegurando efetividade

para a situação clínica e causando mais benefícios do que danos. Objetivam a facilitar a tomada de decisão, descrevendo uma situação específica de cuidado com detalhes e especificações operacionais. Dessa maneira, trazem maior segurança à equipe, reduzem a variabilidade das ações, facilitam a incorporação de novas tecnologias e uso racional dos recursos, além de possibilitarem o monitoramento dos indicadores de processo e resultados, contribuindo para a manutenção nos serviços e avaliação da qualidade e segurança do cuidado prestado.

5 Percurso Metodológico

5.1 Caracterização do estudo

Tratou-se de um estudo qualitativo participativo.

5.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas nos municípios de Pelotas e São Lourenço do Sul/RS. A justificativa para a escolha desses dois serviços, por serem os únicos com atendimento 24 horas da região sul do Rio Grande do Sul, um município de grande e outro de pequeno porte. São municípios limítrofes, eles fazem parte da mesma região de saúde e apresentam similaridades regionais.

Outra justificativa para realização deste estudo nesses municípios se dá pelo Compromisso da ciência e da pesquisa, da Universidade Federal de Pelotas com o desenvolvimento loco-regional. São municípios limítrofes, eles fazem parte da mesma região de saúde e apresentam similaridades regionais.

• CAPS ad III Pelotas

Pelotas é uma cidade do interior do Rio Grande do Sul com aproximadamente 350.000 habitantes (IBGE,2016). No cenário municipal- Pelotas/ RS, o sistema público de saúde-SUS está constituído por 50 Unidades Básicas de Saúde, oito CAPS, sendo seis CAPS II, um ad e um infantil, três ambulatorios de saúde mental, um centro de atendimento à saúde do Escolar (CASE), Oficina de Geração Trabalho e Renda-RETRATE, Programa de Redução de danos, Programa IST/AIDS, um SAE, Casa do

Resgate, três ambulatorios de clínica médica especializada, quatro hospitais gerais e um hospital psiquiátrico. Na atenção básica temos uma cobertura de vinte e dois por cento com equipe ESF. Das cinquenta UBS, treze são da zona rural, dessas seis com ESF.

O CAPSad de Pelotas foi fundado em 2004 e passou a CAPSad III em 2013.

A equipe do CAPSad III é composta por 3 recepcionistas, 1 farmacêutico, 3 psicólogos, 1 médico clínico, 2 psiquiatras, 3 redutores de danos, 7 enfermeiros, 9 técnicos de enfermagem, 2 técnicos superiores de arte, 1 técnico superior de educação física, 1 artesã e 2 assistentes sociais.

O acolhimento é realizado por todos os profissionais do serviço.

As atividades oferecidas são: atendimento médico, atendimento de enfermagem, atendimento psicológico, atendimento social, acompanhamento terapêutico no território, matricialmente com a atenção básica, grupos de prevenção a recaída, grupos de apoio e grupos de familiares. As oficinas são de artesanato, horta e academia.

A infraestrutura do prédio é composta por: 3 salas de atendimento, 1 recepção, 1 sala de observação, 1 quarto masculino com 4 leitos e 1 quarto feminino com 4 leitos, 3 salas de para grupos/oficinas, 1 posto de enfermagem, 1 academia de ginástica, 4 banheiros, 1 sala de arquivos e 1 sala de coordenação e 1 área de convivência.

• **CAPSad III de São Lourenço do Sul**

São Lourenço do Sul é uma cidade no interior do Rio Grande do Sul com cerca de 44.561 habitantes (IBGE 2016), possui uma grande área rural com forte fonte de trabalho na agricultura e na pesca. O sistema único de saúde é composto por 14 Unidades Básicas de Saúde sendo 13 ESF e 1 UBS. Possui 1 ambulatório de saúde mental, 3 CAPS, sendo 1 I, 1 ad e 1 infantil, 2 hospitais gerais, um na zona urbana, que conta com 20 leitos para usuários de substâncias e 10 leitos para psiquiatria e 8 leitos infanto-juvenil e outro hospital na zona rural (Projeto Mãe me Quer). Possui programa de redução de danos e programa DST/ AIDS. Conta com 1 Programa municipal de residência em Psiquiatria e 1 Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública RS.

O CAPSad de São Lourenço do Sul foi fundado em 2005 passando a CAPSad III em 2015. É um CAPS ad regional, atendendo os municípios de: Amaral Ferrador,

Capão do Leão, Jaguarão, Arroio Grande, Pedro Osório, Turuçu, Herval e São Lourenço do Sul.

A equipe é formada por 2 psicólogas, 1 médico clínico geral, 2 assistentes sociais, 3 redutores de danos, 1 médica psiquiatra, 5 enfermeiros e 8 técnicos de enfermagem, 1 recepcionista, 2 cozinheiras, 2 serviços gerais, 1 técnico superior de educação física, 2 acompanhantes terapêuticos, 15 residentes da Residência Municipal em Psiquiatria e 3 residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

O acolhimento é realizado por todos os profissionais de nível superior do serviço.

A infraestrutura do prédio é composta por: 3 salas de atendimento, 3 banheiros, 1 quarto masculino com 4 leitos, 1 quarto feminino com 3 leitos, 1 quarto de observação, 1 cozinha com refeitório, 1 recepção, 1 pátio, 1 academia, 1 posto de enfermagem, 1 sala de convivência e 1 sala para oficinas/grupos.

As atividades oferecidas são: grupos de apoio, grupos de familiares, atendimentos individuais, oficina de artesanato, horta, futebol, bocha, academia, assembleias.

5.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os trabalhadores de todas as categorias profissionais que realizaram acolhimento nos serviços de CAPS ad III de Pelotas e São Lourenço do Sul durante a coleta de dados. Também foram incluídos os usuários que participaram do acolhimento no período da coleta de dados. Os trabalhadores foram identificados como T e foi numerado de 1 a 14 que foi a soma do número de participantes, enquanto os usuários foram identificados como U e foi numerado de 1 a 21 que foi a soma dos participantes.

5.4 Critérios para a seleção

- Quanto aos profissionais:

Para Inclusão: foram incluídos no estudo todos os profissionais responsáveis pelo acolhimento no serviço durante o período da coleta de dados.

Para exclusão: foram excluídos do estudo os profissionais que estiverem de férias, licença ou não realizarem acolhimento no serviço.

- Quanto aos Usuários:

Para Inclusão: Usuários que passaram pelo acolhimento há pelo menos 6 meses nos serviços de CAPSad III de Pelotas e São Lourenço do Sul, maiores de 18 anos.

Para Exclusão: Usuários com dificuldade de comunicação verbal.

5.5 Coleta de dados

Primeiramente foi realizado contato com Gestores Municipais das Secretarias de Saúde, Coordenadores Municipais de Saúde Mental e Coordenadores dos serviços dos municípios de Pelotas e São Lourenço do Sul, para assinatura da carta de anuência e posterior submissão ao comitê de ética. Após aprovação pelo comitê de ética foi realizada a coleta de dados com uma reunião com os especialistas.

O painel de especialistas é uma das técnicas utilizadas para a construção de consensos acerca de um determinado tema.

De acordo com Pinheiro, Farias e Abe-Lima (2013) esta técnica tem um caráter coletivo, pois tem a possibilidade de reunir diversas pessoas consideradas com potencial de discussão e análise de questões que estão envolvidas no objetivo da pesquisa. Como uma técnica de coleta de dados, a palavra “especialista” não se refere ao seu uso tradicional, mas sim às pessoas, que tendo alguma forma de contato com a situação de interesse de investigação merecem ser ouvidas, justamente por causa dessa sua “especialidade”. Os participantes de um painel de especialistas, em um processo de pesquisa, não têm caráter confirmatório das informações, mas a discussão e opiniões derivadas da técnica tem o poder de contribuir para compor um conjunto de resultados a serem integrados entre si.

- Para coleta de dados com os trabalhadores:

Inicialmente foi construído pela pesquisadora um roteiro para organizar o processo de coleta de dados por meio da técnica de Grupo Nominal.

Foi realizada uma reunião com o Grupo de trabalhadores, não foram realizadas entrevistas individuais e nem diário de campo, somente a reunião foi gravada e após

foi transcrita, tanto de Pelotas como com o grupo de trabalhadores de SLS, de nível superior que trabalham diariamente vivenciando o acolhimento dentro do serviço CAPS ad III. Os consensos foram validados pela pesquisadora a partir das falas que convergiram nos 2 grupos.

A técnica de Grupo Nominal (TGN) foi desenvolvida na década de 1960, nos Estados Unidos, e tem sido utilizada em diversas áreas. Na área da saúde tem sido utilizada para diversos campos da prática, sempre no sentido de gerar consenso para a tomada de decisões (Jones; Hunter, 1995).

O termo nominal refere-se a processos que reúnem indivíduos, mas prescinde do debate entre eles. A TGN foi elaborada inicialmente com a finalidade de aumentar a produtividade do grupo, facilitar a decisão grupal, estimular a geração de ideias críticas e servir como instrumento no agrupamento de ideias (Cassiani; Rodrigues, 1996). Tal técnica também permite, na opinião de alguns autores e a validação qualitativa de evidências (Jones; Hunter, 1995, 2005; Murphy *et al.*, 1998).

Essa técnica é uma variante estruturada dos métodos para discussão em grupos pequenos e, nesse sentido, ao evitar que uma pessoa domine o debate, estimula a participação daqueles mais passivos. Às vezes também chamada de Painel de Especialistas, compreende um processo que, recorrendo a um grupo de especialistas no assunto, permite selecionar, fazer julgamentos e fomentar a criatividade de sugestões para a resolução de um problema (Mendes *et al.*, 2008).

Estruturado para a geração de ideias coletivas por meio do incentivo à participação, permitindo a interação dos diversos saberes envolvidos no assunto, visa à geração de consensos, possibilitando assim criar compromisso com o material produzido coletivamente, principalmente quando o objetivo é identificar e propor estratégias de ação.

As reuniões em cada serviço foram compostas por sete profissionais de Pelotas e sete profissionais de São Lourenço do Sul. As reuniões foram gravadas, conforme a pesquisadora ia apresentando as perguntas sobre cada princípio, o grupo ia respondendo e discutindo cada questão apresentada. A reunião terminou quando se esgotaram as discussões referentes ao entendimento do que compreende o Acolhimento. Quais as potencialidades e dificuldades nessa prática em cada serviço. A pesquisadora usou como disparador da discussão os conceitos que envolvem o acolhimento para construção do instrumento orientador do Acolhimento nos CAPSad III. Não foram realizadas entrevistas individuais. O termo de Consentimento Livre e

Esclarecido para assinatura foi disponibilizado previamente à reunião para apresentação do Projeto de pesquisa.

- Para Coleta de dados com os usuários:

Foi realizada uma reunião em cada serviço no turno da tarde, de forma presencial, foram gravadas, não foram realizadas entrevistas individuais. Participaram seis usuários no CAPSad III de São Lourenço do Sul e quinze usuários no CAPSad III em Pelotas para a apresentação do Projeto de Pesquisa e apresentadas as questões referentes ao acolhimento, com o intuito de Escutar o usuário o que ele entende como boas práticas, apresentando cada conceito e se ele reconhece aquele conceito como boa prática de acolhimento em Saúde Mental com adaptação da linguagem. No início de cada reunião foi apresentado o Projeto de Pesquisa e foi entregue o Termo de Consentimento para assinatura.

5.6 Análise dos dados

Após a fase da coleta de dados, a partir da transcrição das falas das reuniões, foram realizadas leituras sucessivas das transcrições do material coletado com o intuito de extrair as falas mais relevantes, para responder os objetivos do estudo. Os consensos e validação foram realizados pela pesquisadora a partir das falas que eram comuns aos grupos, o que não foi comum foi apresentado como particularidades.

A Análise Temática de Conteúdo, segundo Minayo (2007), desdobra-se nas etapas de Pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretados.

A etapa da pré-análise compreendeu a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos.

Durante a etapa da exploração do material, o pesquisador buscou encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado.

A categorização, para Minayo (2007), consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas, recortando o texto em unidades de registro que podem constituir palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos indicados como relevantes para pré-análise. A partir daí, propõe inferências, e realiza

interpretações, inter-relacionando-as com o material lido inicialmente (MINAYO, 2007).

A análise foi dividida em 2 capítulos: 1 - O processo de construção do instrumento orientador do Acolhimento pelos trabalhadores e usuários; 2 - Produzindo Consensos entre trabalhadores e usuários acerca do Processo de Acolhimento nos serviços CAPSad III e formulação do instrumento orientador do Acolhimento.

5.7 Princípios éticos

A pesquisa foi realizada de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), a resolução nº 510/2016 (Brasil, 2016) e o Código de Ética Profissional do Psicólogo que trata como dever do profissional o sigilo a fim de respeitar a intimidade das pessoas, grupos e organizações, a que tenha contato no exercício profissional (CFP, 2005).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas através da Plataforma Brasil. Foi aprovado com o parecer de número 5.530.999.

Assegurei aos entrevistados o anonimato, bem como o direito de desistir durante qualquer etapa da investigação. Além de informar que as reuniões serão gravadas para posterior análise.

Para conseguir alcançar o objetivo foi necessária a participação de trabalhadores que aceitem ter as suas discussões no grupo de negociação e validação gravadas. Para tanto foi solicitada a autorização prévia mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os trabalhadores.

O Termo foi desenvolvido com um texto claro, apontando a natureza da pesquisa, justificativa, objetivo e assegurando as informações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa. O material de áudio gravado e as transcrições foram armazenados HD externo em poder da pesquisadora estando à disposição dos participantes sempre que desejarem e será guardado por 5 anos e após incinerados.

Quaisquer informações referentes à metodologia e ao andamento foram fornecidas no momento em que os participantes pediram esclarecimentos bem como a liberdade de recusar a participar desta e de retirar o TCLE a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo.

Os dados finais foram divulgados na tese, em um relatório final da pesquisa

enviado a cada CAPS ad participante, em eventos (nacionais e internacionais), em forma de artigos científicos garantindo o anonimato dos participantes por meio de nomes fictícios.

Nenhum dos participantes teve nenhum tipo de ônus referente ao processo da pesquisa e os mesmos foram informados quanto aos riscos, desconfortos e benefícios para o participante, assim como não incluiu nenhum tipo de método invasivo ou coleta de material biológico ou experimento sendo seus resultados usados apenas para fins científicos.

Os participantes deste estudo foram beneficiados a partir da troca de conhecimento que será gerada com a realização das discussões durante o grupo, também pelas prováveis mudanças no processo de trabalho dos serviços, visto que os resultados encontrados serão apresentados aos profissionais. Como provável benefício foi que este estudo e os materiais de correntes dele poderão auxiliar no processo de construção, reorientação e/ou modificação do processo de acolhimento dentro dos serviços de saúde mental.

6 Resultados e Discussão

Para Mendes Gonçalves (1992), o trabalho em saúde deve fazer parte de uma necessidade humana pertencente a um contexto social e histórico, de modo que não existe trabalho em saúde em geral, uma vez que ele não corresponde a um objeto natural, independente da história. Os objetos de trabalho em saúde não podem ser subtraídos de suas relações históricas, bem como os agentes sociais que operam práticas de saúde, que somente se definiram como trabalhadores em saúde dentro de uma divisão social do trabalho, e mesmo essa existência não é natural, mas sócio historicamente determinada.

Citando acima Mendes Gonçalves (1992), penso que para analisar as entrevistas faz-se necessário conhecer as pessoas participantes e onde elas estão inseridas, qual formação, tempo de serviço e o que acharem importante colocar sobre seu cotidiano de trabalho.

Sendo assim este capítulo está organizado nas seguintes temáticas: o Processo de Construção do Instrumento Orientador do Acolhimento pelos Trabalhadores e Usuários e, por fim, Produzindo Consensos entre Trabalhadores e Usuários acerca do Processo do Instrumento Orientador para o Acolhimento em Capsad III.

6.1 O Processo de Construção do Instrumento Orientador do Acolhimento pelos Trabalhadores e Usuários

A coleta de dados no município de Pelotas aconteceu em uma quarta-feira pela manhã, no início da reunião de equipe às 9 horas, na sala de oficinas do serviço com a participação de 7 (sete) profissionais, com tempo de trabalho no serviço entre 11 meses e 21 anos, participaram trabalhadores das seguintes categorias profissionais: Educador Física, Psicólogo, Farmacêutico, Serviço Social e Redutor de Danos com formação enfermagem.

A reunião teve duração de 1h45 minutos, todos mostraram-se colaborativos e motivados no decorrer da entrevista. Inicialmente expliquei o Projeto de Pesquisa, expliquei o porquê da minha escolha pela temática. Assinaram o TCLE e a partir de então foi lido cada um dos conceitos das Boas Práticas em Saúde Mental e então foi lido as perguntas do roteiro. Conforme foi se lendo as perguntas o grupo foi interagindo e respondendo.

A coleta de dados do município de São Lourenço do Sul aconteceu em uma quarta-feira às 8h30min, em uma sala de atendimentos situada nos fundos do serviço, participaram 7 (sete) profissionais, com tempo de serviço entre 3 meses e 21 anos das seguintes categorias profissionais: Enfermeiro, Educador Físico, Médico Psiquiatra, Serviço Social e Psicologia. Apresentei o projeto, lido os conceitos das boas Práticas em Saúde Mental, assinaram o TCLE, lido também as perguntas e a partir daí cada uma foi respondendo seu entendimento sobre o assunto. O grupo foi bastante participativo e pude perceber diferentes percepções a respeito do cuidado no serviço. A coleta de dados na reunião teve a duração de 1h 50min.

De acordo com as entrevistas realizadas, apresento os conceitos trazidos pelos trabalhadores e usuários acerca dos princípios norteadores para o acolhimento em serviços de CAPSad III no intuito de se construir um instrumento para realização de Acolhimento neste tipo específico de serviço da RAPS.

Desta forma, o primeiro conceito abordado tratou-se do entendimento do Princípio do acolhimento por parte dos trabalhadores, obtendo-se:

Acolhimento é escutar, alívio para dor, desabafo, é ter paciência para entender o que a pessoa está passando, dar carinho, investimento no vínculo. Saber ouvir com calma, sem julgamento, tranquilidade, empatia. Tendo o cuidado de encaminhar o que a gente escuta (T1).

O acolhimento é um momento de escuta qualificada, onde tu precisas ter empatia, ter tolerância, nossos usuários tem uma história pregressa bem ruim, tu precisas trazer para essa pessoa que ela está sendo aceita no serviço (T3).

Quando vim para cá, estava num processo de não conseguir parar o uso de drogas, não fui julgado, ninguém me criticou e através desse serviço consegui acessar medicações, CAEX, grupos e atendimentos (U1).

Já vim para cá alcoolizado, me deram uma cadeira e me ouviram, fui tratado com muito carinho e sem julgamentos, fiquei no serviço até me sentir melhor depois retornei para casa (U2).

Ao analisar os trechos das falas percebe-se que acolhimento é entendido como uma atividade de encontro, escuta e apoio, ambos os trabalhadores entendem o Acolhimento como momento de encontro, inclusão, exercício de empatia e ausência de julgamento, trazendo uma importante reflexão sobre os encaminhamentos por parte dos profissionais do que é trazido pelos usuários durante seus atendimentos.

De acordo com Ferreira (1975), acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento, como ato ou efeito de acolher expressa em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” é um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

Ainda de acordo com as falas dos trabalhadores, o termo tolerar aparece em meio aos outros verbos, termo antagônico aos outros que permeiam as falas, instigando a reflexão em torno do que seria ter tolerância, “com quem?” e “com o que?”, ainda que tenha uma ideia de encontro traz um discurso endurecido de acolhimento.

Como traz Merhy (1994) o acolhimento faz o profissional refletir como tem sido sua prática nos diferentes momentos de encontro com o usuário, ele afirma que o acolhimento pode ser traduzido como uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido como estratégia potencialmente decisiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços (Brasil,2009).

Os relatos acima dos usuários dos serviços mostram que as pessoas são atendidas, ouvidas e acolhidas independente da forma como chegam, intoxicadas ou não, sem julgamentos e permanecem no serviço mesmo estando intoxicadas até que

melhorem e se sintam bem para retornar para casa. O acolhimento implica em encaminhar o que a pessoa precisa seja atendimento, grupo, medicações ou alimentação, corroborando com o conceito trazido pela Política Nacional de Humanização (Brasil, 2010), na qual explicita que o acolhimento não é considerado um espaço ou local, mas uma postura ética: não necessita de horário e profissional específico para realizá-lo, implica em dividir saberes, problemas e demandas, tomando para si a responsabilidade de abrigar e agasalhar o outro em suas queixas, com responsabilidade e resolutividade de acordo com a individualidade do outro.

Campos (1992) diz que, no caso da saúde, o usuário de um serviço vai atrás de um consumo de algo (as ações de saúde) que tem um valor de uso fundamental, caracterizado como sendo o de permitir que a sua saúde seja mantida ou restabelecida e, assim, a troca lhe permite o acesso a algo que para ele tem um valor de uso por produzir um “bem” para ele com um valor de uso inestimável, cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida.

O outro norteador do acolhimento investigado trata-se do **Princípio do vínculo** que de acordo com as falas os trabalhadores trouxeram seu entendimento sobre vínculo

O vínculo é essencial no tratamento, proporciona que a pessoa fale as coisas, um diálogo mútuo e aberto. Muitas vezes chegam intoxicados, alterados e até mesmo agressivos, e recorrem ao serviço ou ao profissional com quem tem mais afinidade ou mais vínculo (T2).

O vínculo começa a ser construído a partir do primeiro atendimento, os usuários começam a se vincular e o técnico de referência (mediador do caso) da pessoa no serviço é quem faz o primeiro atendimento (T4).

Somos muito bem atendidos por qualquer pessoa, nem sempre é o técnico de referência, mas sabemos que poderemos conversar com alguém, mesmo que às vezes temos que esperar (U5).

Todos os profissionais são dedicados com os usuários, o problema no serviço é a rotatividade, muitos usuários no serviço e poucos profissionais, aí acontece de tu te vincular com o profissional e a pessoa sai do serviço (U4).

Pode-se compreender o entendimento dos trabalhadores de que o vínculo começa a ser construído a partir do primeiro atendimento no serviço e ambos entendem o vínculo como essencial para a relação terapêutica, independente de como chega a pessoa ao serviço. Mostram aspectos positivos do vínculo entre trabalhador e a pessoa que frequenta o serviço. Se não houver respeito à relação de confiança

depositada durante os atendimentos pode se afastar a pessoa, até mesmo contribuindo para que ela não acesse mais o serviço.

Através do vínculo com os usuários do serviço de saúde, se amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do cuidado. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (Campos, 1997).

Os trechos acima mostram que as pessoas são vinculadas ao serviço, fazem a associação com o vínculo e a forma como o serviço as recebe, que são bem recebidas pelos profissionais que as atendem. Mas, chama a atenção para um importante problema, a rotatividade de trabalhadores. O usuário se vincula a uma determinada pessoa, e se a pessoa sai, o vínculo acaba e começa tudo de novo com outro profissional. Durante a coleta de dados, foram realizadas as apresentações dos trabalhadores no qual foi investigada a forma de vínculo empregatício com os serviços.

No município de Pelotas, os trabalhadores entrevistados relataram que seus vínculos eram de estatutários e no município de São Lourenço do Sul os trabalhadores relataram que seus vínculos eram de celetistas. Os tipos de vínculo empregatício acabam interferindo nas relações de trabalho e de construção de vínculo com os usuários, dado que nos serviços de contrato celetista aconteciam demissões e trocas de pessoal de forma frequente no município 2, conforme os relatos.

De acordo com Campos (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço, construindo ou reconstruindo a autonomia do cuidado, alívio do sofrimento, redução de danos, melhora nas condições de vida e diminuindo o isolamento e abandono. Esse espaço deve ser utilizado, segundo Schimith *et al.* (2004), para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto usuários, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja”.

Para Chiavenato (2000), a rotatividade na literatura, é explicitada como uma consequência tanto de fenômenos localizados externamente à organização - tendo como fatores explicativos a situação de oferta e demanda de recursos humanos no mercado, a conjuntura econômica e as oportunidades de emprego no mercado de trabalho- quanto internamente à organização, a partir de fatores como a política

salarial, a política benefícios, as oportunidades de crescimento profissional, as condições físicas ambientais de trabalho, a cultura organizacional, a política de recrutamento e seleção de pessoal e o grau de flexibilidade das políticas da organização, dentre outros. A rotatividade da força de trabalho tem sido referida como um dos principais problemas para lograr a consecução do pretenso modelo integral de atenção à saúde na direcionalidade da implementação do SUS.

Para Moraes *et al.* (2011), o conceito de Vínculo é a relação estabelecida entre profissional e usuário, confere segurança aos usuários, permitindo que os trabalhadores do serviço os conheçam para melhor estabelecer as prioridades na atenção à saúde. Está intimamente ligado às necessidades de autonomia - autocuidado, pois ao reforçar a relação de confiança entre serviço e usuário é possível fortalecer potencialidades para o enfrentamento do processo saúde - doença.

Ao abordar o **Princípio do Acesso** o entendimento dos trabalhadores conforme as falas abaixo foi:

Somos um serviço de portas abertas, todos os profissionais de nível superior realizam acolhimento no serviço, diariamente, feriados ou finais de semana, independente da forma como o usuário chega ao serviço (T5).

Tu não vais deixar de realizar o atendimento por falta de documentos, na próxima vinda ao serviço ele traz o documento. Precisamos atender a pessoa no dia que ela busca o serviço, oferecer os cuidados necessários a demanda da pessoa (T6).

Se tu precisares do acolhimento noturno e não tem vaga, tu entra na fila até surgir a vaga, enquanto isso, frequenta o acolhimento diurno, com o cuidado ambulatorial, frequentando grupos e recebendo atendimento até o surgimento da vaga (U3).

Quanto a recepção me sinto exposto, tem um vidro ali e a pessoa tem que gritar seu problema, faz uma espécie de triagem e as demais pessoas que estão aguardando escutam teu problema eu fico com vergonha (U7).

A fala trazida pelo T5 “independente de como a pessoa chega” faz referência ao fato de estar intoxicado ou não. Quando a pessoa busca o serviço, seu sofrimento psíquico é muito grande, logo os trabalhadores não podem estabelecer a abstinência como critério de escuta e de atendimento. Como foi possível perceber nas falas, ambos os trabalhadores se preocupam em garantir o acesso da pessoa ao atendimento no serviço.

Donabedian (1973) apresenta o termo acessibilidade, definindo-o como um dos aspectos da oferta do serviço em relação à capacidade de responder às demandas. Os relatos mostram que todos os trabalhadores realizam o acolhimento no serviço, a

pessoa é atendida no momento que busca o serviço e um dos trabalhadores chama a atenção para a não burocratização do atendimento garante o acesso e pactua para a próxima vinda ao serviço trazer as documentações necessárias. O importante é que a pessoa encontre no serviço resposta a sua necessidade que a levou até lá.

A garantia do acesso ao serviço acontece no cotidiano dos serviços de saúde, quando os profissionais garantem o atendimento, com os fluxos bem definidos, sem agendamento, sem burocratização, exercendo a empatia, a escuta e incentivando a autonomia do usuário e a resolubilidade. O acesso é muito maior do que se restringir as portas abertas do serviço. Para Basaglia, (1983, p. 45) “Abrir a instituição não é apenas abrir as suas portas, mas abrir a cabeça frente a esse doente”.

Ao analisar a fala de U3 acerca do acesso aos serviços de CAPS AD III, pode-se entender que a garantia de acesso requer porta aberta em seus diversos significados e, inclusive, a elaboração de estratégias para ir ao encontro da demanda.

A realidade do local de estudo pesquisado, mostra que ambos contam hoje com oito leitos para espaço de acolhimento noturno. Em caso da ausência de leitos, precisam dar conta do cuidado para com aquela pessoa, a inserindo em outras atividades até que desocupe um leito.

Na fala de U7 chama a atenção para a recepção do serviço, o quanto tem que ter o cuidado de oferecer um espaço reservado para avaliação ou coleta do problema que traz a pessoa ao serviço, ou seja, a ambiência.

Para Ribeiro *et al.* (2014), a ambiência evidencia a importância do bem-estar do paciente na Unidade, da qualidade das relações, profissionais-usuários e do acolhimento para a criação de um vínculo forte, o que pode proporcionar mais sucesso ao acompanhamento longitudinal e, por consequência uma maior adesão ao plano terapêutico pelo paciente.

Falando sobre o **Princípio da Autonomia** podemos perceber o entendimento dos trabalhadores conforme as falas abaixo:

A Assembleia parou durante a pandemia, temos uma parceria com a Associação dos usuários de Saúde Mental, eles são bastante participativos, participam das discussões sobre o cotidiano do serviço (T8).

O fluxo da pessoa é definido conjuntamente a partir do 1º atendimento, preenche a ficha conjuntamente com a pessoa e pensamos no Projeto de Tratamento, quais as atividades que gostaria de participar (T7).

A ideia é que as atividades oferecidas pelo serviço sejam incentivando a autonomia, mostrando que a vida acontece lá fora (T10).

Autonomia é poder escolher, ao sentarmos com nosso técnico de referência para construir nosso Projeto de Tratamento, quando participamos das assembleias do serviço, quando escolhemos nossa frequência ao serviço, precisamos participar do nosso tratamento (U10).

Falta comunicação no serviço, tem uma academia aqui, não faço ideia de como posso participar. Sinto falta das assembleias que desde a pandemia não aconteceram mais. A gente não conhece as atividades que o serviço oferece (U8).

A partir dos relatos acima pode-se entender a concepção de autonomia dos profissionais, com a participação ativa da pessoa em seu tratamento, com a discussão das práticas de cuidado dentro do serviço com a participação de trabalhadores e usuários nos espaços como Assembleia, tendo o cuidado de olharmos para fora das paredes do serviço, onde a vida acontece.

Assim sendo, para Jorge *et al.* (2008), a autonomia como dispositivo do cuidado integral é o resgate da cidadania dessas pessoas, buscando a autoestima, o poder contratual e o autocuidado, tendo como pilar o projeto de vida de cada usuário do CAPS.

Os relatos acima mostram as Assembleias nos serviços, como um potente recurso de promoção e incentivo a autonomia dos usuários dos serviços, porque envolve o encontro usuários, trabalhadores e familiares, onde é discutida a Política de Saúde Mental, cotidiano do serviço. Os usuários se comunicam, expressam suas demandas e participam dos processos decisórios, tendo o poder de auxiliar no processo de incentivo à autonomia.

O U10 reconhece que sua autonomia se faz presente quando participa do momento da construção de seu Projeto de tratamento e das discussões das Assembleias do serviço.

Já U8 chama a uma reflexão sobre a comunicação dentro dos serviços que deve ser de forma clara e objetiva. Trabalhadores precisam estar atentos aos fluxos e atividades que o serviço oferece. As assembleias acabam sendo um momento potente para afinar a comunicação, pois se discute mudanças no cotidiano, é um momento decisório acerca do processo de trabalho e das ações de cuidado aos usuários daquele serviço. Além de ser um espaço de interrelação, os usuários participam das decisões que afetam a sua vida e seu processo de cuidado.

Segundo Jorge *et al.* (2013), o termo autonomia, diz respeito ao autogoverno; autodeterminação para a pessoa tomar decisões que afetem sua vida, saúde,

integralidade físico-psíquica e relações sociais. Portanto, autonomia refere-se à capacidade do ser humano de decidir o que é “bom”, aquilo que é “seu bem-estar”.

Ao abordar o **Princípio da Corresponsabilização** o entendimento dos trabalhadores conforme as falas abaixo foi:

Há usuários que conhecem seu Projeto de Tratamento Singular no serviço, isso possibilita um maior protagonismo do usuário, ele participa ativamente no seu processo de cuidado, mas existem outros usuários que não conhecem o seu tratamento, eles vêm e participam da atividade (T11).

Construímos o Projeto de Tratamento de forma que o usuário escolha as atividades que deseja participar, dias e profissionais que irão participar do seu processo de cuidado (T9).

O profissional dá o ponto de vista dele, eu dou o meu com relação ao meu tratamento, a gente aprende a ouvir, aí há um consenso entre usuário e profissional e vai construindo o tratamento da pessoa (U12).

Tem uma medicação se necessário, prescrita pelo meu médico, me sinto mais à vontade para passar pelos momentos de fissura. Tenho a medicação em casa e uso quando preciso. Foi muito boa essa combinação com meu médico (U13).

Percebe-se nos relatos a valorização da importância do protagonismo do usuário atuando com corresponsabilização no Projeto Terapêutico construído com a sua participação, com isso tornam-se sujeitos ativos opinando sobre o cuidado que desejam e precisam.

Para Jorge *et al.* (2008), os dispositivos do cuidado integral se transversalizam no cotidiano do CAPS principalmente no ato de acolher e no vínculo construído nas relações terapêuticas. A autonomia e a corresponsabilização ainda requisitam dos sujeitos envolvidos uma maior capacidade de articulação com as próprias demandas imaginárias que se conformam no contexto subjetivo de cada trabalhador e usuário.

Segundo Campos (2007) o conceito de corresponsabilização precisa estar na lógica da formação da atitude de corresponsabilização, ou seja, tem como requisito o compromisso e o contrato mútuo, evitando dissonâncias cotidianas, na possibilidade de se conviver e de se trabalhar em prol de algum propósito.

Os relatos das pessoas acima mostram a presença do vínculo e a corresponsabilização, quando o trabalhador envolve as pessoas no seu processo de cuidado, quando ela participa ativamente das decisões. Ou seja, quando há um processo de escuta das necessidades do outro e existindo um contrato mútuo.

O U13 demonstra a autonomia construída e o vínculo de confiança com um determinado profissional a fim de poder utilizar de um recurso no caso acima, foi a

medicação se necessário, e o fato do usuário sentir-se valorizado por optar em fazer o uso ou não da medicação, em caso de sentir necessidade.

Segundo Jorge *et al.* (2011), o vínculo favorece o cuidado integral por democratizar e horizontalizar as práticas em saúde, na medida em que constrói laços afetivos, confiança, respeito e a valorização dos saberes dos usuários. Desse modo, propicia o desenvolvimento da corresponsabilização, da parceria desses sujeitos para a melhoria da qualidade de vida do portador de transtorno mental.

Já o entendimento dos trabalhadores sobre o **Princípio Portas Abertas** conforme as falas abaixo foi:

Somos um serviço de portas abertas, não fico presa ao tempo, não acelero o atendimento, escuto a necessidade da pessoa e construo com ela o encaminhamento necessário, priorizando a escuta qualificada (T10).

Temos a característica de acolher a pessoa independente da forma como as pessoas chegam, claro que quando chegam mais agressivos gera um desconforto na equipe, já tivemos situações de agressividade no serviço (T12).

Adoro estar aqui, frequento o serviço três vezes por semana, participo do futebol e da bocha. Os outros três dias eu trabalho (U7).

Sou sempre bem atendida no CAPS ad não importa se estou drogada, já na UBS tenho vergonha o preconceito está na sociedade. Venho para cá se não estou bem para participar da atividade, algum profissional senta e conversa comigo, acabo saindo melhor do que cheguei (U9).

A partir dos relatos acima identificamos o conceito portas abertas, como um serviço que acolhe a pessoa que chega, intoxicada ou não, onde o profissional está aberto a ouvir, sem se preocupar com o tempo e promovendo o encaminhamento necessário para aquele atendimento. Um dos profissionais falou sobre a cautela com os usuários agressivos, nesses casos tomar a frente o profissional que tiver mais vínculo com aquele usuário pode ajudar com que ele se acalme.

Sendo assim, portas abertas, segundo Brasil (2012), é o fácil acesso com atendimento oportuno às demandas dos usuários, com horários adequados, acolhimento e atendimento. Portanto, pelo que foi visto acima, é importante que o CAPS ad funcione desta maneira.

O conceito de porta aberta acaba vindo ao encontro da fala do U7, onde o usuário valoriza os horários definidos e onde consegue conciliar seu acompanhamento no serviço e seu trabalho.

Isto mostra a importância do serviço estar sempre aberto, abertura além das portas, aberto no sentido do acolhimento, com os profissionais dispostos para

recepcionar as pessoas, a realização das atividades e com a sensibilidade de escutar aquele usuário que independentemente de como estava, veio ao serviço.

A segunda fala do U9 traz um conceito que, nas palavras de Rotelli,

A porta aberta, concretamente construída no processo de superação da instituição asilar, é difícil de ser codificada, apresenta diversos significados, e refere-se às formas de conhecer e interagir, à relação com a demanda e à validação das pessoas e de seus direitos, à construção do repertório da equipe e estilo de trabalho, e a organização do serviço (Rotelli *et al.*, 1990, p. 38).

Com relação ao **Princípio Escuta Qualificada** o entendimento dos trabalhadores conforme as falas abaixo foi:

A escuta qualificada proporciona a construção do vínculo, permite encaminhamentos, conhecer o sujeito, história de vida, recursos terapêuticos, rede de apoio e onde vivem (T13).

Será que eles participam do que gostam ou fazem o que o técnico de referência propõe no Projeto de Tratamento Singular? O profissional constrói de acordo com a vontade da pessoa e sua necessidade com a participação de quem está envolvido no seu processo de cuidado (T14).

O pessoal da redução de danos aqui agiliza todos os processos, faz grupos na praça, conversa com a gente, conhece a nossa realidade. Eles conversam e recebem bem o usuário, um olhar além da droga (U6).

Na última vez que me entregaram as receitas, trocaram meu médico sem conversar comigo. Reclamei e estou esperando até hoje para entender o porquê. Tem uma profissional que trata todo mundo igual, ela não pergunta a história de vida da pessoa. E, cada pessoa tem as suas particularidades (U14).

Os conceitos de escuta qualificada acima mostram a importância de conhecer a pessoa, sua rede de apoio, sua realidade, a partir daí temos mais recursos para construir com ela seu plano de tratamento, pois sabemos com os recursos que podemos contar durante o tratamento. E, o segundo trabalhador fala sobre a importância do projeto de tratamento não ser construído somente pela equipe, necessita da participação da pessoa que irá receber o cuidado.

Ao escutar, acolher num primeiro momento tudo que é trazido pelo usuário. É preciso ajudá-lo a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida (Brasil, 2009). Ao escutar o profissional percebe o sofrimento do usuário tornando o cuidado mais integral e humanizado.

Para Alves e Oliveira (2010), o conceito de escuta qualificada consiste em conhecer o sujeito, o contexto em que vive, manifestações de sofrimento, conhecer suas redes de apoio e história de vida.

Os trechos das falas acima possibilitam que os profissionais reflitam sobre: o quanto há profissionais que organizam seu tempo para conseguir sentar e ouvir o usuário, dentro ou fora do serviço. Em contrapartida, o U14 chama a atenção do quanto ainda precisa-se evoluir nos momentos de troca de profissionais, onde deve sentar-se e conversar com as pessoas que eram cuidadas pelo profissional que saiu, pois existia uma relação de vínculo e confiança. Outra questão trazida, e a atenção que o profissional tem que ter pela história de vida da pessoa atendida no serviço, não se pode propor o mesmo tratamento para todos, tem que conhecer as histórias das pessoas que os profissionais atendem nos serviços.

Para Maynard *et al.* (2014), a escuta qualificada é uma ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado integral; por meio dela, é possível a construção de vínculo, a produção de relações de acolhimento, o respeito à adversidade e a à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado. Significa resolução de problemas, disponibilidade, compreensão, confiança e respeito.

Com relação ao **Princípio da Humanização** o entendimento dos trabalhadores segundo as falas abaixo foi:

Penso que enquanto equipe temos conseguido cuidar, cada profissional com o seu saber. A equipe vem amadurecendo, um complementa o outro, trabalhar com Dependência química muitas vezes requer mudanças no nosso percurso de cuidado. Não pode acontecer da pessoa vir para a atividade e ela não acontecer (T3).

Precisamos realizar reuniões técnicas mais frequentes, para organizarmos os processos de trabalho associado ao que é trazido na assembleia, rever os fluxos e protocolos do serviço. Cuidar para que as condutas da equipe do dia e da noite não sejam distintas (T1).

Um coisa ruim que acho no serviço é o vidro da recepção, a gente precisa estar gritando com as pessoas nossas informações, a recepcionista não escuta e a gente não ouve o que ela fala. Em compensação quem está na sala de espera escuta todo o problema da gente. A recepcionista faz caretas, ela não tem perfil para trabalhar aqui, esses dias atrasei cinco minutos e ela não me deixou entrar para a atividade (U15) Uma vez senti que ia beber, vim até o serviço e como tinha vaga, passei o dia e a noite, no outro dia acordei melhor e fui para casa (U9).

Os trechos das falas acima nos mostram que o serviço humanizado também precisa rever seus processos de trabalho, com reuniões sistemáticas, fluxos bem definidos, para reflexão das discussões em assembleia e a importância dos diversos saberes de profissionais das mais diferentes áreas que trabalham no serviço.

Devemos também assumir o compromisso com as atividades oferecidas, com horários e dias definidos e com a garantia de que as atividades aconteçam.

Nesse sentido, segundo Carvalho *et al.* (2008), humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

O U15 faz pensar sobre a Ambiência no serviço, o conceito da PNH, como o espaço da Unidade interfere nas questões de saúde do usuário. Ribeiro *et al.* (2014), definem a ambiência como tratamento dado ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, diretamente envolvida com a assistência à saúde. A recepção é a porta de entrada no serviço precisa ser segura e acolhedora. A pessoa necessita receber o usuário bem, ele precisa se sentir protegido para falar sobre seu problema.

Os critérios para entrada nas atividades, como tolerância para atrasos precisam estar pré-definidos, como por exemplo ficar definidos na construção dos Projetos de Tratamento Singular e nas assembleias.

Já o segundo relato mostra que o usuário pode contar com o serviço para ficar acolhido por 24 horas para evitar uma possível recaída, é importante um serviço que trabalhe 24 horas ter assegurado esse recurso.

Pitta *et al.* (1995), definem acolhimento como modo humanizado (cortesia, afabilidade, solidariedade e atenção) da assistência prestada ao usuário e a família. Assim, o acolhimento está diretamente ligado ao relacionamento trabalhador/usuário e a humanização da assistência no setor saúde deve percorrer todos os níveis profissionais, desde a recepcionista até o coordenador.

Com relação ao **Princípio da Integralidade** o entendimento dos trabalhadores conforme as falas abaixo foi:

Pensamos além do atendimento no serviço, pensamos em outros dispositivos da rede, pensamos na Redução de danos, centro de convivência, UBS, Centro Pop, ajudar a pensar no retorno ao mercado de trabalho, para as pessoas que desejarem, olhar a pessoa como um todo, ver com ela o que deseja e o que está precisando. Não focar somente no uso de substâncias (T9).

Precisamos retomar as reuniões da rede intersetorial, para discussão de casos e para os profissionais da rede se encontrarem e conhecerem, saber o que cada serviço oferece, essas reuniões nos ajudam na construção do PTS com os usuários dos serviços (T5).

No meu entendimento o técnico de referência é muito distante, meu relacionamento com ele não pode ser só para fazer queixas falar se recai ou

estou abstinente, temos que conversar sobre minha vida e meus sentimentos. O serviço ainda está muito focado no uso ou não de drogas (U7).

Sabes o que me ajuda muito no meu tratamento é o meu trabalho na rua com panfletagem, associado ao grupo de redução de danos e o acompanhamento no CAPSad (U5).

Os trechos das falas acima mostram a importância de olhar o sujeito como um todo e para isso acontecer precisamos conhecer com quais recursos podemos contar na Rede intersetorial, não focar o cuidado dentro do CAPS ad quando construímos um PTS somente no uso de substâncias, a vida acontece lá fora e precisamos olhar para outros espaços, conhecer o cuidado oferecido por cada trabalhador dos diferentes serviços. As reuniões sistemáticas de rede, possibilitam a discussão e avaliação dos casos dos serviços, assim contribuindo para aprimoramento do nosso cuidado.

Para Jorge *et al.* (2008), na prática cotidiana dos serviços de saúde deve-se priorizar a tecnologia leve como instrumento para atingir a integralidade e a humanização do cuidado. A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional que busca reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no concernente à sua saúde.

Este princípio da integralidade considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integralidade das ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (Brasil, 2021).

Os relatos acima fazem pensar se os trabalhadores estão próximos das pessoas que atendem? Durante as reuniões pude perceber bastante trabalho e falta de profissionais em ambos os serviços. Não se pode construir planos de tratamento individuais somente estando preocupados com uso ou não de drogas, embora seja importante. A vida da pessoa é muito maior, ela tem família, trabalho, sonhos e daqui a pouco não se está olhando para os demais âmbitos da vida do sujeito. Como construir com ele seu projeto de vida? O primeiro relato aponta um distanciamento entre o profissional que cuida e o usuário e como se trabalha com isso? De um lado uma sobrecarga de trabalho, um número grande de pessoas para atender e uma equipe restrita. Do outro lado os usuários do serviço querendo conversar sobre sua vida e o trabalhador não encontra tempo e quando consegue sentar-se foca somente na doença.

Ainda no relato de U5 pode-se ver o conceito de integralidade acontecendo, a pessoa consegue trabalhar concomitante ao seu acompanhamento no serviço.

Ao trabalhar com a integralidade está olhando para os aspectos referentes ao acolhimento do usuário, o vínculo com os profissionais, à continuidade ao cuidado e se tratando de saúde mental a integralidade do cuidado passa pela inserção social, cuidado à família e satisfação do usuário (Coimbra, 2003).

Os princípios trabalhados acima vão ao encontro do que a pesquisadora entende como boas práticas em Saúde Mental, incentivar o protagonismo do usuário, escuta qualificada, fortalecimento do vínculo, resposta as demandas apresentadas e construção de projetos de vida além do uso de álcool e outras drogas, sendo assim pode-se perceber que os trabalhadores entendem o que se faz necessário para o processo de acolhimento no serviço. Concluo que suas falas irão auxiliar na construção do instrumento orientador para o acolhimento nos serviços.

A coleta de dados com os usuários aconteceu em dois momentos distintos, no município de Pelotas aconteceu em uma quinta feira 14 horas, durante a realização do Grupo de Redução de danos do serviço, em uma sala de oficinas, compareceram 15 pessoas em sua maioria jovens usuários de crack e cocaína entre 18 e 40 anos e cinco alcoolistas com idade acima de 40 anos.

Apresentei o Projeto de Pesquisa, assinaram o TCLE, expliquei qual era o objetivo da pesquisa, foi lido os conceitos das Boas Práticas em Saúde Mental e também lido as perguntas com o objetivo de coletar os dados.

O grupo mostrou-se bastante participativo, todos queriam participar conforme as perguntas eram lidas, durante a condução da reunião, observou-se um ótimo vínculo dos usuários com os profissionais das equipes, capacidade crítica e reflexiva. A reunião durou cerca de 1h50 minutos e todos participaram ativamente.

A segunda parte da coleta com os seis usuários aconteceu no município de São Lourenço do Sul, a reunião foi gravada, em uma segunda-feira às 15 horas no pátio nos fundos do serviço. Participaram seis pessoas, quatro alcoolistas com idade acima de 45 anos, dois usuários de crack com 38 anos e 50 anos.

Nesse grupo foi observada uma postura mais quieta, uma atitude presente no comportamento de alcoolistas de origem alemã, do interior do município, percebeu-se grande satisfação e gratidão para com os trabalhadores do serviço, demonstraram-se reflexivos e assumiram uma postura de espectador, enquanto os outros dois

mostraram-se mais críticos- reflexivos e sugeriram mudanças no cuidado oferecido pelo serviço. A coleta de dados teve duração de 1 hora e 15 minutos.

Ao final da coleta de dados com os usuários dos CAPS AD III, em suas duas etapas e em dois diferentes municípios, totalizou-se 21 usuários entrevistados.

A partir do grupo de especialistas realizado com os usuários do serviço, foi possível a pesquisadora compreender que eles têm conhecimento sobre os princípios norteadores do acolhimento e o quanto esses interferem no cuidado que recebem. Os usuários contribuíram com diversas reflexões que auxiliaram na construção do instrumento orientador do acolhimento.

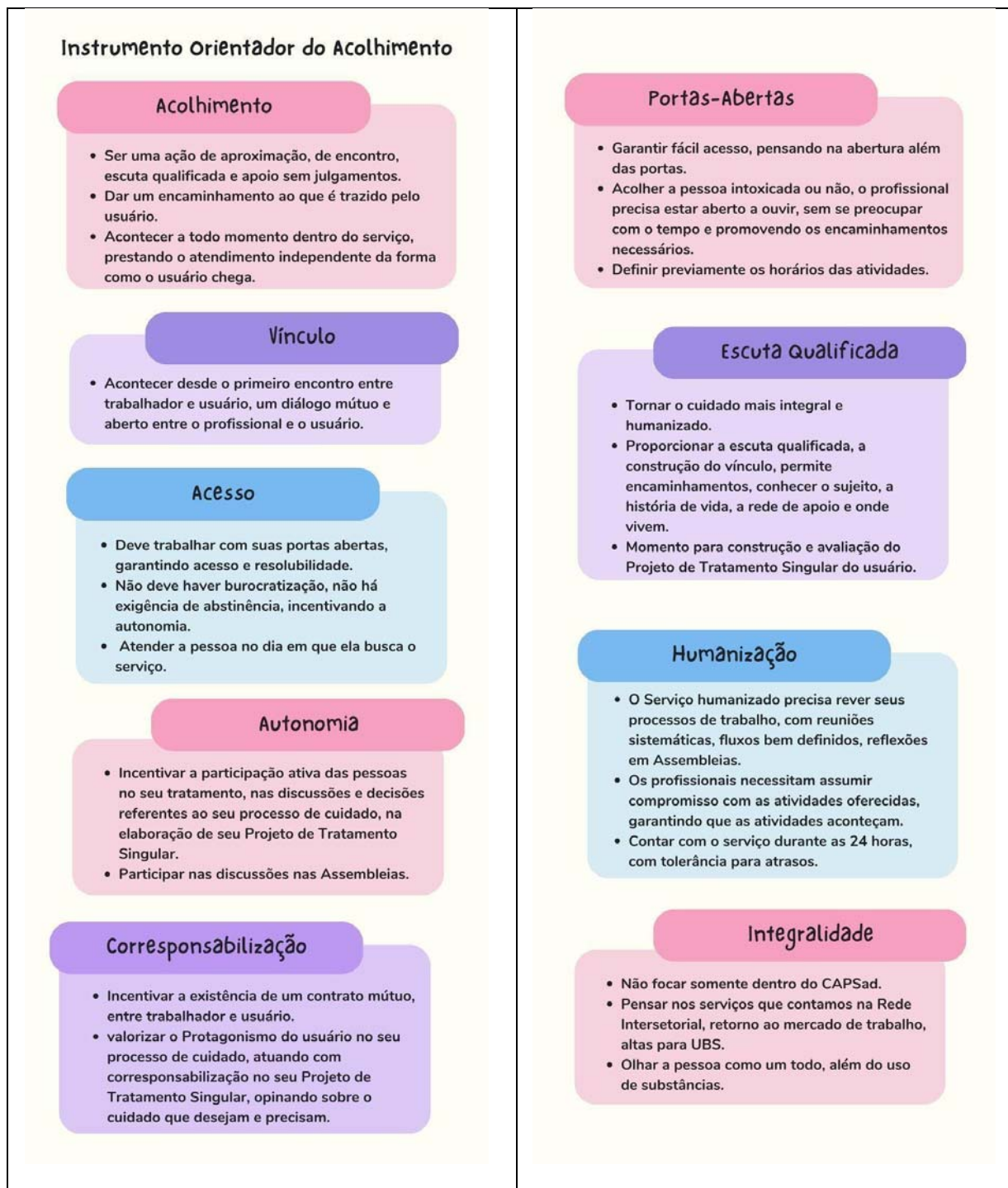
6.2 Produzindo Consensos entre Trabalhadores e Usuários acerca do Processo do Instrumento Orientador para o Acolhimento em Capsad III

Destaque-se metodologicamente que é imprescindível respeitar o poder de fala do usuário e nesse trabalho a proposta metodológica viu como imprescindível a participação de trabalhadores e os usuários na construção deste instrumento.

A partir dos conceitos, das falas nas reuniões, dos autores da literatura, das análises das transcrições apresenta-se a seguir o instrumento orientador para o acolhimento nos serviços de CAPSad III, construído pelos especialistas.

Esse instrumento pode orientar o processo de trabalho dentro de um serviço de álcool e outras drogas 24 horas abaixo seguem os conceitos que devem nortear a prática dos trabalhadores:

Figura 1 - Instrumento Orientador do Acolhimento:



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

O consenso entre os dois grupos foi construído a partir da transcrição das falas das reuniões, foi analisada cada fala o que era comum, foi se tornando consenso. O que não apareceu nos dois grupos, mas a pesquisadora considerou importante foi

trazido abaixo como particularidades. Esse instrumento terá como objetivo organizar o processo de trabalho, tornar o acolhimento mais humanizado, o cuidado integral, por isso chamado de orientador. Convive-se hoje em dia com profissionais que são inseridos nos serviços e não entendem como funciona o serviço, esse instrumento poderá auxiliar os profissionais.

Houve questões que não apareceram nos dois grupos, ou seja, não foram formados consensos, mas, necessitam ser analisadas dentro dos serviços que se preocupam em olhar para o acolhimento como:

1. A **Rotatividade de Profissionais**, acaba interferindo na construção e manutenção do vínculo entre profissionais e usuários. Segundo relato dos usuários, quando se vinculam a um determinado profissional, há uma relação de confiança estabelecida e o vínculo se constrói diariamente a partir do primeiro momento de contato. A rotatividade também interfere na realização das atividades bem como na manutenção das atividades no serviço. Os gestores devem se preocupar com a forma de vínculo empregatício da equipe, com o intuito de garantir a qualidade do acolhimento e a rotatividade dentro das equipes.

2. A **Ambiência do Serviço**, precisa ser pensado na infraestrutura do serviço pois, esta faz parte do processo de acolhimento. Uma recepção com vidro, onde o usuário do serviço precisa falar alto seu problema e os demais usuários sentados na recepção escutam, é algo que expõe e fere a proposta de acolhimento trazida neste estudo. A recepção precisa garantir a porta aberta, o sigilo e não a exposição. Deve ser um local onde a pessoa consiga ser ouvida sem estar exposta. Precisa-se prestar atenção no perfil das pessoas que trabalham nos serviços, no caso da recepção é a porta de entrada no serviço.

3. Na **escuta qualificada** foi trazido pelos usuários a necessidade de organização do tempo dos profissionais, os profissionais não ficarem somente no uso de substâncias, conhecer a história de vida das pessoas, prestar atenção em outros âmbitos da vida, não se focar somente na doença.

4. Na **autonomia** foi sugerido pelos usuários melhora na comunicação entre trabalhador e usuário, existe a necessidade dos usuários conhecerem seu Projeto de Tratamento Singular, pelo que foi trazido apenas alguns conhecem. Os usuários precisam conhecer as atividades que o serviço oferece e os fluxos bem definidos, os fluxos podem ser avaliados semanalmente nas assembleias.

5. Na **corresponsabilização** deve haver um investimento maior no vínculo de confiança, na avaliação dos Projetos de Tratamento e na Autonomia.

6. Na **Integralidade** foi trazido pelos profissionais, a importância de conhecer os diferentes pontos de atenção, o que cada serviço oferece, quem são os trabalhadores de cada serviço e a necessidade de reuniões da Rede Inter setorial para discussão de casos.

Após a formação dos consensos dos dois grupos pela pesquisadora, pode-se ver o quanto os princípios apresentados Acolhimento, Vínculo, Acesso, Autonomia, corresponsabilização, integralidade, humanização, portas-abertas e escuta qualificada nas reuniões com os dois grupos de especialistas contribuem para o aperfeiçoamento do acolhimento favorecendo assim para que aconteçam as boas práticas em Saúde Mental dentro dos serviços produzindo a humanização e o cuidado integral. Os usuários de álcool e outras drogas por muitas vezes são submetidos a práticas ainda manicomiais como ficar trancados em comunidades terapêuticas com o intuito de desintoxicação longe do cuidado que reabilita, que acolhe, que escuta, longe do cuidado integral e humanizado.

7 Considerações Finais

A partir do momento em que se acredita em uma forma de cuidado respaldada nas Boas Práticas em Saúde Mental, onde o sujeito é protagonista no seu processo de cuidado, onde o serviço garante o acesso de portas abertas toda a vez que surgir a demanda, onde os trabalhadores invistam no fortalecimento do vínculo ao promover projetos de vida e de liberdade com o incentivo da autonomia. Sendo contra a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas para fins de desintoxicação. Surgiu então o desejo de olhar o serviço de cuidado para usuários de álcool e outras drogas que promove o cuidado em liberdade 24 horas.

O objetivo geral deste estudo foi construir um instrumento orientador do acolhimento para serviços de álcool e outras drogas 24 horas baseado nas boas práticas em Saúde Mental e esse objetivo foi alcançado. Os objetivos específicos foram descrever o entendimento dos trabalhadores dos serviços de CAPSad III acerca dos princípios organizativos que norteiam o processo de acolhimento nesses serviços visando as boas práticas em saúde mental, Conhecer a percepção dos usuários acerca de acolhimento nos serviços de CAPSad III e Produzir Consensos entre os especialistas acerca do instrumento construído a ser validado. Os objetivos específicos também foram alcançados.

Como facilitadores do estudo posso citar as reuniões com os profissionais e usuários que demonstraram ter conhecimento parcial sobre cada princípio, com a discussão dos princípios na reunião, contribuíram para o entendimento do que é acolhimento, houve relatos que não se tornaram consensos, mas que precisam ser levados em consideração cito aqui a infraestrutura e a rotatividade de profissionais que precisam ser pensadas nos serviços 24 horas para usuários de álcool e outras drogas.

Como limitador do estudo penso que poderiam ter participado mais profissionais e mais usuários dos serviços.

Como sugestão para próximos estudos penso que devem ser realizados outros estudos com a participação tanto de usuários quanto com os trabalhadores, e sugiro a aplicação prática do instrumento orientador do acolhimento para validar ele na prática e conhecermos as mudanças provocadas nos serviços com a utilização do instrumento.

Finalizo com o conceito de acolhimento construído a partir dos consensos entre o grupo de especialistas, trabalhadores e usuários que diz que O acolhimento é uma ação de aproximação, um momento de encontro, de escuta qualificada, de apoio e de ausência de julgamentos, deve acontecer a qualquer momento do cotidiano dos serviços estando as pessoas abstinentes ou não.

Esse estudo possibilitou a construção de um instrumento orientador de acolhimento que foi construído a partir da fala e reflexão das pessoas que acessam e trabalham no serviço, uma tecnologia leve. Mesmo sendo um documento, não é burocrático. Ele foi construído de forma flexível, em cima dos Princípios das Boas Práticas em Saúde Mental. Sem o intuito de engessar, endurecer o processo de trabalho, ao contrário com o objetivo de organizar o processo de trabalho e organizar o serviço.

Esse instrumento orientador vai contribuir para tornar o atendimento mais humanizado e integral, a partir do momento em que houve a participação das pessoas que utilizam o serviço poderá auxiliar a organização das equipes.

A experiência de apresentar os princípios para os dois grupos possibilitou o entendimento da pesquisadora, dos trabalhadores entenderem que acolhimento não é triagem, nem preenchimento de ficha e mostrou o conhecimento dos usuários com relação ao cuidado que querem e o que é oferecido no CAPS ad 24 horas.

Referências

- ANDRADE, Ana Paula M. **Sujeitos e(em) movimentos:** uma análise crítica da reforma psiquiátrica na perspectiva dos experientes. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, PPG Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis, 2012.
- ANDRADE, T.M. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.
- ARGILES, C. T. L. et al. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p. 2049-2058, 2013.
- AZEVEDO, D. M., MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad. **ESC Anna Nery RevEnferm**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 56-63, jan-mar. 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.
- BASAGLIA, Franca Ongaro. **Mario Tommasini:** vida e feitos de um democrata radical. Tradução: Shirley Gonzales. Hucitec: São Paulo, 1993.
- BOSI, M.L.M., MERCADO-MARTINEZ, F.J. Modelos Avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Revista de Saúde Pública**, 2010.
- BRASIL. Fiocruz. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2013. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação nacional de DST e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria - Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de reforma dos Serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2ª ed. 5 reimpr.- Brasília: Editora do ministério da saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria N° 130, de 26 de janeiro de 2012. **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas 24h (CAPSad III) e os respectivos incentivos financeiros**. Brasília, 2012.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: A degradação do trabalho no século XX. 3ªed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. 1987.379p.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p. 3569-3578, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECILIO, L. C. (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. P. 29-87.

CARDOSO, M. **Médicos e Clientela**: da assistência psiquiátrica à comunidade. EDUFscar: São Carlos, 1999.

CARVALHO, C. A. P.; MARSICANO, J. A.; CARVALHO, F. S.; SALES-PRESES, A.; BASTOD, J. R. M.; SALES-PERES, S. H. C. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 15, n. 2, p. 9395, abr.-jun. 2008.

CARVALHO, M. F. A. A. et al. Acolhimento e cuidado à pessoa em uso problemático de drogas. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. 42493, out. 2019.

CASSIANI, S. H. B.; RODRIGUES, L. P. A. Técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégia de coleta de dados das pesquisas em Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 9, n.3, p. 76-83, maio-jun. 1996.

CASTRO, A.M, SILVA, J. S; MACEDO, L.C.S.A; ROSA, N.S.F; BERTUSSI, D.C; SANTOS, M.L.M; MERHY, E. Barreiras ao acesso ao serviço de saúde a pessoa com deficiência no Brasil: Uma revisão integrativa. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, Salvador, v. 2, n.11351, p.1-25,2021.

CHIAVENATO, Idalberto. Administração de recursos humanos In:_(org). Recursos humanos: subsistema de provisão de recursos humanos. São Paulo (SP). Atlas, 2000 p.178-190.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 1523-1531, 2009.

COIMBRA, V. C. C. **O acolhimento no Centro de atenção psicossocial**. 2003. 171p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

DALPIAZ, A. K.; JACOB, M. H. V. M.; SILVA, K. D.; BOLSON, M. P.; HIRDES, A. Fatores associados ao uso de drogas: depoimentos de usuários de um CAPS AD.

Aletheia, v. 45, p.56-71, set./dez. 2014.

DIETZ, G.; SANTOS, C. G.; HILDEBRANDT, L. M.; LEITE, M. T. As relações interpessoais e o consumo de drogas por adolescentes. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 7, n. 2, p. 85-91, maio-ago. 2011.

FERREIRA, R.Z. **O sentido antropológico de dons e dádivas entre grupos de usuários de crack e outras drogas**. 2013. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. 2ªed. Tempo brasileiro: Rio de Janeiro, 1984 (p.9-96).

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E.L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 2, p. 143-151, 2004.

FRANCHINI, B. **Experiências de pessoas usuárias de substâncias psicoativas nos serviços de saúde em um município na fronteira entre Brasil E Uruguai**. 2016. 113 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

GASTÃO, F.N.; CAMPOS, G. W. S. Instituições de “portas abertas”. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n.1, p.40-46, jan/abr. 2005.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 297-305, 2009.

JONES, J.; HUNTER, D. Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. **British Medical Journal**, v. 311, n. 7001, p. 376-380, 1995.

JORGE, M.S.B. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência e saúde coletiva**, v. 18, n.7, 2013.

JORGE, M.S.B.; PINTO.D.M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOUSA, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M. Promoção de saúde mental- Tecnologias do cuidado: vínculo, Acolhimento, co-responsabilidade e autonomia. **Ciência e saúde coletiva**, v 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

LEÃO, N. M. F.; BOSKA, G. A.; SILVA, J. C. M. C.; CLARO, H. G.; OLIVEIRA, M. A. F.; OLIVEIRA, M. S. R. Perfil de mulheres acolhidas em leitos de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 1, p. 63-68, 2020.

LISBÔA, G. L. P.; BRÊDA, M. Z.; ALBUQUERQUE, M. C. S. Ruídos do processo de trabalho e o acolhimento da família na atenção psicossocial em álcool e outras drogas. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 12, n. 2, p. 75-83, 2016.

MACHADO, L.V; BOARINI, M.L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.

MACHADO, A. R.; MODENA, C. M.; LUZ, Z. M. P. Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. 1-20, 2020.

MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. Therapeutic Itineraries of individuals with problems consequente to harmful use of alcohol. **Interface**, v.17, n. 45, p.433-44, abr-jun. 2013.

MARQUES, A. L. M.; MANGIA, E. F. O campo de atenção à saúde de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool: apontamentos para a formulação de práticas de cuidado. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 43-48, jan-abr. 2009

MARX, K. **O capital**. 5ªed. Rio de Janeiro: Editora civilização brasileira S.A. 1980. 940p.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus comportamentos e sua produção em uma unidade da rede básica de serviço de saúde. Ribeirão Preto, 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MASON, K. et. al. Understanding real-world adherence in the directly acting antiviral era: A prospective evaluation of adherence among people with a history of drug use at a community-based program in Toronto, Canada. **Internacional Diário de Medicamento Política**, v. 47, p. 202–208, 2017.

MAYNART. W. H.; ALBUQUERQUE, M. C.; BRÊDA, M. Z.; JORGE, J. S.; A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. 300-330, 2014.

MEDEIROS, F. A.; ARAUJO-SOUZA, G. C.; ALBUQUERQUE- BARBOSA; A. A.; CLARA-COSTA, I. C. Acolhimento em uma Unidade Básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud pública**, v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cadernos CEFOR, 1992.

MENDES K, SILVEIRA, R.C.C.P, Galvão, C.M. **Revisão integrativa**: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2008 Dec [cited 2018 Mar 17]; 17(4): 758-764. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400018&lng=en

MENDES, W.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; MARQUES, P. M. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, V.11, n.1, p. 55-66, mar. 2008.

MERHY E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO A. C. S.; GOMBERG, E. (org). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Bahia: Editora UFS; 2009.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. P. 71-112

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M.E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. P. 113-150.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.

MOURA, F. G.; SANTOS, J. E. O cuidado aos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: Uma visão do sujeito coletivo. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 7, n. 3, p. 126-32, set.-dez. 2011.

NEVES, F.N.; MEIRELES, G.P.; KANTORSKI, L.P. Atenção básica e saúde mental: uma equação possível? Organizadores: COIMBRA, V.C.C.; KANTORSKI, L.P. In: **Atenção psicossocial no sistema de saúde**. Pelotas: Ed e gráfica universitária PREC-UFPe, 2010. 408p.

OLIVEIRA, E. N.; SANTANA, M. M. G.; ELOIA, S. C.; ALMEIDA, P. C.; FELIX, T. A.; XIMENES, N. F. R. G. Projeto terapêutico de usuários de crack e álcool atendidos no centro de atenção psicossocial. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, p.434-41, maio-jun. 2015.

PACHECO, M.E.A.G. **Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas**: práticas terapêuticas no projeto consultório de rua em Fortaleza, Ceará. 2013. 143 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade – MAPPS) – Centro de Estudos Sociais Aplicados e Centro de Humanidades, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

PASSOS, E.H.; SOUZA, T.P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo de práxis. **Saúde soc**, v. 21, n. 4, p. 1035-1043, 2012.

PEREIRA, M.O.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F. Reflexão acerca da política do Ministério da Saúde Brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da Sociologia das ausências e das emergências. **Revista Eletrônica de Saúde Mental (SMAD)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 09-16, 2012.

PINHEIRO, J. Q.; FARIAS, T. M.; ABE-LIMA, J. Y. Paineis de Especialistas e Estratégia Multimétodos: Reflexões, Exemplos, Perspectivas. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v.44, n.2, p.184-192, abr/jun. 2013.

PINHEIRO, C. M.; TORRENTÉ, M. N. Serviços abertos e fechados no tratamento do abuso de álcool e outras drogas do ponto de vista do(as) usuário(as). **Saúde Soc. São Paulo**, v.29, n.2, p.1-15, 2020.

QUEIROZ, I. S.; JARDIM, O. M.; ALVES, M. G. D. "Escuta no pátio": cuidado e vínculo como práticas de redução de danos. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 11, n. 3, set- dez. 2016.

RIBEIRO JP, GOMES GC, THOFERN MB, Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review **Rev. Esc. Enfermagem USP**. 2014; 48 (3): 530-9, doi: 10.1590/ 50080-623420140000300020.>><https://doi.org/10.1590/50080-623420140000300020>

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de demonização? **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 82-97, 2012.

SANTOS, J.A.T.; OLIVEIRA, M.L.F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Journal of Nursing and Health (JONAH)**, Pelotas, v. 1, n. 2, p. 82-93, 2012.

SANTOS, J. M.; BAPTISTA, J. A.; NASI, C.; CAMATTA, M. W. Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no centro de atenção psicossocial álcool drogas? **Rev GaúchaEnferm**, v. 39, p. 1-9, 2018.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G.; RUAS, C. M. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3799-3810, 2018.

SOCCOL, K. L. S.; TISOTT, Z. L.; SANTOS, N. O.; SILVEIRA, A.; MARCHIORI, M. R. C. T.; STOCHERO, H. M. Itinerário terapêutico e assistência à saúde de usuários de drogas na rede de atenção psicossocial. **R. pesq. cuid. Fundam**, v. 13, p.1626-1632, jan/dez. 2021.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho em enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social; um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p. 3615-3624, 2010.

THORNICROFT, G; TANSELLA, M. Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária. Barueri, SP: Manole,2010.

VANGRELINO, A. C. S.; GAZETA, A. A.; CAMARGO, I.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Acolhimento de usuários de substâncias psicoativas pela equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial III. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 14, n. 2, p. 65-72, Abr.-Jun.2018.

VIEIRA T.W, SAKAMOTO, V.T.M, MORAES, L.C., CAREGNATO,R.C.A. Validation methods of nursing care protocols: an integrative review. **Rev. Bras. Enferm**, v.73, n. 5, 2020.

WANDEKOKEN, L.; QUINTANILHA, B.; ARAUJO, M. D. Biopolítica na Assistência aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 389-397, 2015

Anexo I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Projeto: O Processo de Construção de um Protocolo de Acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas 24 horas.

Pesquisadora: Martha Lettnin Haertel Moreira

Local da Pesquisa: CAPSad III Pelotas e São Lourenço do Sul

Estamos _____ apresentando _____ ao(à) _____ Sr.(a) _____ o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido caso queira e concorde em participar voluntariamente de nossa pesquisa intitulada O Processo de Construção de um Protocolo de acolhimento nos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas 24 horas. Esclarecemos que este estudo tem como objetivo construir um protocolo de acolhimento para centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas 24 horas a partir dos princípios organizativos que norteiam as boas práticas para o acolhimento em CAPSad III 24 horas. Espera-se que os resultados auxiliem na melhora do processo de trabalho e por consequência no acolhimento das pessoas usuárias de álcool e outras drogas nesses serviços. Pretende-se realizar um grupo de painel de especialistas com os trabalhadores que realizam acolhimento, para a construção e validação do protocolo de acolhimento, que será utilizado nos serviços de CAPSad III 24 horas. Garantimos o anonimato dos participantes do estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer fase do processo. Os dados serão divulgados no Relatório Final, em forma de tese de doutorado, em apresentações em eventos (nacionais e internacionais), em forma de artigos científicos, garantindo o anonimato dos participantes. Espera-se que, com os resultados deste estudo, os participantes sejam beneficiados a partir da troca de conhecimento que será gerada com a realização das discussões durante o grupo proposto, também pelas prováveis mudanças. Os riscos e desconfortos que podem ocorrer são em relação às discussões produzidas que vão ao encontro do objetivo deste estudo durante o grupo, que podem causar algum tipo de sofrimento psíquico e mobilização de sentimentos pelas diversidades dos pontos de vista que se apresentarão no momento de discussão no grupo. Caso isso ocorra, as enfermeiras

docentes em saúde mental, as quais estarão cientes deste estudo, juntamente comigo, estaremos à disposição, e os grupos serão paralisados, caso necessário. Nenhum dos participantes terá ônus, ou seja, você não terá despesas pessoais com a pesquisa. O material de áudio gravado e as transcrições serão armazenados em CDRoom e HD externo, ficando em poder da pesquisadora e arquivados na sala de Núcleo de Pesquisa na Faculdade de Enfermagem da UFPEL e estará à disposição dos participantes sempre que desejarem. Este material será guardado por 5 anos e após será incinerado. O estudo não inclui nenhum tipo de método invasivo, coleta de material biológico ou qualquer outro experimento com seres humanos e seus resultados serão utilizados apenas para fins científicos. Esta pesquisa será desenvolvida respeitando a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Desta forma, tornou claro quanto é importante para nós a sua participação e, caso aceite participar, peço que registre a sua concordância no Termo, que segue em duas vias, das quais uma ficará com o Sr.(a) e a outra com a pesquisadora.

Caso o(a) Sr.(a) tenha disponibilidade e interesse em participar deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado(a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa.

Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário. Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

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

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO PESQUISADOR: _____

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

Pesquisadora: Martha Lettnin Haertel Moreira

E-mail: marthahaertel@hotmail.com

Orientadora: Valéria Cristina Christello Coimbra

E-mail: valeria.coimbra@gmail.com

Coorientadora: Poliana Farias Alves

E-mail: polibrina@hotmail.com

Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Doutoranda: Martha Lettnin Haertel Moreira.

Rua Gomes Carneiro, nº1, Bairro: Porto. Pelotas/RS. Telefone; (53) 991240625

Anexo II
Autorização da Secretaria Municipal de Saúde
Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Para Secretária Municipal de Saúde
Sra.

Pelo presente, solicitamos que seja apreciada a possibilidade de realizar uma pesquisa junto ao CAPSad III 24 horas. O projeto de pesquisa intitulado O Processo de Construção de um Protocolo de Acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas 24 horas, é vinculado à tese de doutorado de Martha Lettnin Haertel Moreira, CPF 62114662004, doutoranda no Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, orientada pela professora Dra. Valéria Cristina Christello Coimbra e Co-orientado pela professora Dra. Poliana Alves.

Ressaltamos o compromisso ético de assumir com os envolvidos na pesquisa, assim como com a instituição, o anonimato dos participantes, de acordo com a resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

Solicitamos, respeitosamente, que, em manifestando concordância com o desenvolvimento da pesquisa, assine esse documento. Entendemos que o tema é relevante, e pode trazer contribuições para qualificar o atendimento às pessoas que utilizam drogas. Colocamo-nos à disposição para que possamos montar uma parceria estratégica para atingir esse objetivo.

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

Doutoranda: Martha Lettnin Haertel Moreira / E-mail:marthahaertel@hotmail

Orientadora: Valéria Coimbra/ E-mail:valeria.coimbra@gmail.com

Pelotas, de de 2021.

Anexo III
Autorização do Coordenador Municipal de Saúde Mental

Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Para Coordenação Municipal de saúde
Sr.

Pelo presente, solicitamos que seja apreciada a possibilidade de realizar uma pesquisa junto ao CAPSad III 24 horas. O projeto de pesquisa intitulado O Processo de Construção de um Protocolo de Acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas 24 horas, é vinculado à tese de doutorado de Martha Lettnin Haertel Moreira, CPF 62114662004, doutoranda no Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, orientada pela professora Dra. Valéria Cristina Christello Coimbra e Co-orientado pela professora Dra. Poliana Alves.

Ressaltamos o compromisso ético de assumir com os envolvidos na pesquisa, assim como com a instituição, o anonimato dos participantes, de acordo com a resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

Solicitamos, respeitosamente, que, em manifestando concordância com o desenvolvimento da pesquisa, assine esse documento. Entendemos que o tema é relevante, e pode trazer contribuições para qualificar o atendimento as pessoas que utilizam drogas. Colocamo-nos à disposição para que possamos montar uma parceria estratégica para atingir esse objetivo.

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

Doutoranda: Martha Lettnin Haertel Moreira / E-mail:marthahaertel@hotmail

Orientadora: Valéria Coimbra/ E-mail:valeria.coimbra@gmail.com

Anexo IV
Parecer Consubstanciado do CEP

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Processo de Construção de um Instrumento Orientador do Acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas 24 horas

Pesquisador: Martha Lettnin Haertel Moreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58894022.9.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.530.999

Apresentação do Projeto:

O acolhimento é um momento de escuta, reflexão e ação entre a pessoa que procura o serviço e o trabalhador, iniciando a tomada de decisão e compartilhamento com o sujeito que vem a procura de atendimento, garantindo o acesso e resolutividade de suas necessidades. Pesquisa proveniente do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPel como parte dos requisitos para a obtenção do título de doutora. Trata-se de um estudo avaliativo participativo de validação com abordagem qualitativa. O presente estudo tem como objetivo construir um instrumento orientador do acolhimento com base nas boas práticas nos CAPS AD III dos municípios de Pelotas e São Lourenço do Sul. Trata-se de um estudo avaliativo participativo de validação com abordagem qualitativa. A pesquisa será realizada no primeiro semestre de 2022 com trabalhadores e usuários que realizarem acolhimento durante o período de coleta de dados proposto. A coleta de dados será a partir de um roteiro construído pela pesquisadora para organizar o processo de coleta de dados,

que será dividida em duas etapas: a primeira com trabalhadores que realizarem acolhimento e, a segunda com usuários que estiverem inseridos nos serviços há pelo menos seis meses. Durante o desenvolvimento da pesquisa, em todas as etapas, todos os princípios éticos preconizados serão seguidos. Os dados dessa pesquisa só começarão a ser coletados após a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Os dados obtidos através das coletas serão organizados e analisados a partir da análise temática de conteúdo de Minayo (2017). Espera-se que esse estudo possa contribuir para a construção de um instrumento orientador para o acolhimento em CAPS ADIII baseado nas boas práticas em Saúde Mental, melhorando assim o atendimento prestado a essa população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Construir um instrumento orientador para o acolhimento em CAPS ad III a partir dos princípios organizativos que norteiam as boas práticas em Saúde Mental.

Objetivos específicos:

- Conhecer o entendimento dos trabalhadores dos serviços de CAPSADIII acerca dos princípios organizativos que norteiam o processo de acolhimento nesses serviços visando as boas práticas em saúde mental;

- Conhecer a percepção dos usuários acerca de acolhimento nos serviços de CAPSad III;

- Produzir consensos entre os especialistas acerca do Instrumento construído a ser validado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e desconfortos que podem ocorrer são em relação às discussões produzidas que vão ao encontro do objetivo deste estudo durante o grupo, que podem causar algum tipo de sofrimento psíquico e mobilização de sentimentos pelas diversidades dos pontos de vista que se apresentarão no momento de discussão no grupo.

Benefícios: Espera-se que, com os resultados deste estudo, os participantes sejam beneficiados a partir da troca de conhecimento que será gerada com a realização das discussões durante o grupo proposto, também pelas prováveis mudanças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa proveniente do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPel como parte dos requisitos para a obtenção do título de doutora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências:

1) O TCLE está excessivamente longo (3 páginas). O TCLE deve ser um documento claro, conciso e de fácil entendimento

2) A carta de anuência da chefia do serviço de São Lourenço do Sul está ilegível.

Resposta do CEP: Pendências atendidas

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1948795.pdf	15/07/2022 15:30:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetotese.docx	15/07/2022 15:27:39	Martha Lettnin Haertel Moreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	2ANUENCIA.jpg	15/07/2022 15:11:51	Martha Lettnin Haertel Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	1TCLE.docx	15/07/2022 15:10:03	Martha Lettnin Haertel Moreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_pelotas.pdf	17/05/2022 15:44:36	Martha Lettnin Haertel Moreira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	17/05/2022 14:39:40	Martha Lettnin Haertel Moreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

PELOTAS, 16 de julho de 2022

Assinado por:**Patricia Abrantes Duval****(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Duque de Caxias 250, prédio da Direção - Térreo, sala 03

Bairro: Fragata **CEP:** 96.030-001

UF: RS **Município:** PELOTAS

Fax: (53)3221-3554

Telefone: (53)3310-1801

E-mail: cepfamed@ufpel.edu.br

Apêndice I

Figura 1 - Percurso da Revisão Integrativa da Literatura

TÍTULO/ AUTORES	PERIÓDICO ANO PAÍS	METODOLOGIA	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO
1. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. Ana Lucia Marinho Marques, Elisabete Ferreira Mângia.	Interface 2013 Brasil	Estudo Qualitativo. Adotou a perspectiva etnometodológica e empregou os seguintes procedimentos metodológicos: revisão bibliográfica, pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas, grupo focal, observação participante e diário de campo. Participaram da pesquisa oito usuários do serviço, selecionados pela equipe técnica a partir de um processo de discussão, e de acordo com os seguintes critérios definidos pelo pesquisador: serem usuários de álcool, estarem em atendimento nos três meses que antecederam o início da coleta de dados, de ambos os sexos, com idade entre trinta e sessenta anos. Para realizar a escolha, a equipe foi orientada acerca de que o objetivo era o de constituir	Sobre o processo vivenciado após a entrada no serviço, são identificados resultados positivos em vários aspectos. Dentre estes, são mencionadas transformações significativas no próprio corpo. Além dos ganhos para a saúde, relatam que voltam a dar atenção às ações direcionadas ao autocuidado e aumento da “autoestima”, que possibilitam novas formas de se estabelecerem nos relacionamentos interpessoais. O CAPS adota-se um espaço importante de encontro e intercâmbio e, para alguns, o único lugar que frequentam e onde podem estabelecer trocas em seu cotidiano além da própria casa. O vínculo com o serviço, com os funcionários e com os demais usuários apareceu de forma recorrente nas entrevistas e nos grupos focais. Houve um consenso sobre o que consideram o aspecto mais importante do cuidado oferecido	Estamos diante de um campo problemático, no qual convivem muitas formas de se conceber a experiência da dependência e as estratégias de enfrentamento das questões associadas. Usuários, profissionais e familiares estão continuamente negociando significados e concepções acerca dos processos vivenciados e das formulações de tratamento e cuidado. Por meio da construção dos itinerários terapêuticos, foi possível conhecer a forma como os usuários compreendem suas experiências e os elementos que influenciam suas escolhas na busca de cuidado para suas aflições e que adquirem importância no percurso do tratamento. Assim, os itinerários terapêuticos

		um grupo heterogêneo e representativo do serviço, que pudesse contribuir na captação da maior variedade de opiniões e no conhecimento de diferentes histórias de vida, distintos processos de busca de auxílio e tipos de vínculos estabelecidos com o serviço.	po pelo serviço: a possibilidade de encontro com as pessoas, sejam os profissionais ou os usuários.	podem ser considerados recursos importantes para compor a construção de projetos terapêuticos cuidadores, centrados nas reais necessidades dos sujeitos, e que considerem e legitimem o conjunto de recursos, experiências e projetos de vida de cada pessoa. Compreendemos, dessa forma, que a preocupação em conhecer os saberes e práticas dos sujeitos envolvidos na construção de seus itinerários terapêuticos deve compor as práticas de cuidado comprometidas com o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos, com a construção de direitos e cidadania e com a produção de saúde e de vida.
2. As relações Interpessoais e o consumo de drogas por adolescentes.	SMAD 2011 Brasil	Estudo Qualitativo. Abordagem descritiva, desenvolvida em um hospital geral de pequeno porte e em um Centro de Atenção Psicossocial álcool	O profissional de saúde deve ter em mente que os adolescentes costumam ser resistentes ao tratamento, sobretudo nos estágios iniciais. O mais habitual é que o jovem	A presença da família também se torna importante para a adesão do adolescente dependente químico ao tratamento, visto que é no

Graciele Dietz; Cátia Gentile dos Santos; Leila Mariza Hildebrandt; Marinês Tambara Leite.		e drogas (CAPSad II), localizados na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Participaram deste estudo sete sujeitos adolescentes, dependentes químicos, cinco internados em leitos psiquiátricos de um hospital geral de pequeno porte e dois em acompanhamento ambulatorial no CAPS ad II. Os adolescentes encontram-se na faixa etária dos 12 aos 20 anos de idade, oriundos de diferentes municípios do Rio Grande do Sul. Para a coleta dos dados, utilizou-se como instrumento a entrevista aberta, contendo dados para identificação do perfil dos sujeitos e a questão norteadora era: “o que levou você a iniciar o consumo das drogas?”. As informações foram gravadas em audiotape e transcritas na íntegra, o que permite contar com todo o material fornecido pelo informante. A análise de	inicie a terapêutica de modo relutante, por pressão dos pais ou do sistema judiciário. Ele, ao mesmo tempo, quer e não quer se engajar em um tratamento, ou seja, possui sentimentos ambivalentes com relação à mudança. Assim, o contato inicial deve ser estabelecido diretamente com o adolescente, identificando-se os aspectos relacionados aos níveis de independência e maturidade existentes, incumbindo-se o mesmo de assumir seu papel no tratamento, e aconselhando os pais a serem honestos com seus filhos acerca das razões da consulta.	âmbito familiar que muitas vezes estão as raízes dos comportamentos dependentes, o que indica a necessidade de acompanhamento e acolhimento também da família.
---	--	---	---	---

3. Acolhimento de usuários de substâncias psicoativas pela equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial III. Ana Cristina dos Santos Santos Vangrelino; Augusto do Amaral Gazeta; Isabella de Camargo; Ana Paula Rigon Francischetti Garcia; Vanessa Pellegrino Toledo.	SMAD 2018 Brasil	conteúdo foi utilizada para analisar e discutir os dados. Estudo Qualitativo. Descritivo exploratório, caracterizado por processo de investigação de uma atividade, a partir de seu contexto relacional, e da subjetividade do observado em relação ao ambiente em que está inserido. A pesquisa foi realizada no CAPSad III do Distrito de Saúde Norte de Campinas. Os dados foram coletados por observação participante e entrevista semiestruturada. As categorias de análise foram: contexto do trabalho em equipe, antirrelação com a droga e relação com a pessoa.	O modo como as equipes se organizam no Caps permite considerar diversas formas de acolhimento aos usuários de SPA, uma delas, que chama atenção neste estudo, trata da antirrelação com a droga: o acolhimento tem seu foco nos sinais e sintomas clínicos e não na integralidade, além de os membros da equipe destacarem a necessidade da abstinência do usuário para que ele possa ser assistido no serviço. Esse movimento pode indicar, também, a exclusão da apreensão da subjetividade do trabalhador como ponto de partida para constituir relações que contribuam para construir um acolhimento criativo que incorpore os modos de viver daqueles que demandam por cuidado. Ouvir o usuário em sua complexidade é uma alternativa para sustentar o acolhimento	Ana Cristina dos Santos Vangrelino; Augusto do Amaral Gazeta; Isabella de Camargo; Ana Paula Rigon Francischetti Garcia; Vanessa Pellegrino Toledo. Concluiu-se que há distanciamento da equipe de enfermagem em relação à equipe multiprofissional, acolhimento pautado no modelo biomédico e na abstinência da droga e algumas iniciativas de relacionamento com o usuário. Entende-se que, para realizar acolhimento de forma humanizada, construindo o projeto terapêutico centrado na pessoa, é importante ouvir seus pedidos e assumir postura capaz de acolher as demandas e dar respostas mais adequadas. Por meio da empatia, associada às estratégias que o profissional pode tomar,
---	-------------------------	--	--	---

			no contexto da integralidade.	como a atitude orientadora, escuta e genuinidade, é possível construir acolhimento capaz de permitir que a pessoa desenvolva relações que garantam sua independência.
4. O cuidado aos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo. Fernanda Gonçalves de Moura; Josenaide Engrácia dos Santos.	SMAD 2011 Brasil	Estudo Qualitativo. Optou-se pelo discurso do sujeito coletivo (DSC) como abordagem metodológica para orientar a pesquisa, porque permite correlações do discurso individual com o da coletividade. O campo empírico da pesquisa foi o CAPSad, situado no Distrito Sanitário Cabula Beiru, Salvador, BA. Foram selecionados 10 usuários que estavam sendo acompanhados no CAPSad. Consideraram-se como critérios de inclusão: serem maiores de 18 anos, estarem em tratamento no período mínimo de três meses, apresentando condições físicas e psíquicas consoantes à	O acolhimento como uma dádiva, um momento de escuta, de recepção, respeito, cuidado humanizado e a eficácia dessa ação na redução do uso de substância psicoativa. O discurso do coletivo reflete acerca do acolhimento de forma vigorosa, estando presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional que busca discretamente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos sujeitos que buscam os serviços como um espaço para construção do sujeito focada na sua autonomia. Atitude pautada no respeito à diferença; ética para fornecer melhor beneficência, buscando-se respeitar o potencial de autonomia do	Há reconhecimento, pelos usuários, acerca do cuidado ofertado como humanizado, consideram que a estratégia de tratamento adotada tem impacto no consumo e na redução de agravos causados pelo uso abusivo de drogas. Os discursos não deixam dúvidas de que a atenção e a disponibilidade dos profissionais de saúde são fatores determinantes para a qualidade dos serviços, o que possibilita tecer, junto com o usuário, novas redes sociais e de saúde, para os quais os investimentos passam a ter sentido. Dessa forma, o indivíduo motivado para a

		condição de decidir sobre a aceitação e não aceitação em participar do estudo, história de inserção nas diferentes modalidades de assistência - semi-intensiva e intensiva - critério esse que possibilita melhor percepção sobre o cuidado por estarem por maior período em contato com o serviço, bem como a saturação das informações. Para coleta de dados, o instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados utilizou-se a metodologia DSC, na qual se trabalham algumas figuras metodológicas: as expressões chave, que se constituem de pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, sublinhadas pelo pesquisador que revelam a essência do depoimento; as ideias centrais, que elucidam o conteúdo das expressões chave, e a construção dos discursos	usuário; de empatia ao sofrimento vivenciado por ele; de capacidade de acolhê-lo em seu sofrimento. O acolhimento é ação que valoriza a democratização da gestão do cuidado pela participação dos usuários nas decisões sobre a saúde que se deseja obter. Essa forma de cuidado favorece a construção do vínculo, bem como possibilita a responsabilização e o compromisso no tratamento.	assistência pode rever seus conceitos e planejar mudanças que o ajudem a estabelecer outras prioridades em sua vida que não seja o consumo de drogas.
--	--	---	---	--

		dos sujeitos coletivos, a partir dos discursos individuais semelhantes ou complementares coletados.		
5. Projeto terapêutico de usuários de crack e álcool atendidos no centro de atenção psicossocial. Eliany Nazaré Oliveira; Maria Mazane Gomes Santana; Sara Cordeiro Eloia; Paulo César de Almeida; Tamires Alexandre Félix; Francisco Rosemiro Guimarães Neto.	Revista Rene 2015 Brasil	Estudo Quantitativo. Estudo documental e retrospectivo, de natureza quantitativa, realizado no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas de Sobral, Ceará. A seleção dos prontuários ocorreu a partir da busca manual nos arquivos do serviço em estudo, com a identificação do crack e álcool como as substâncias problemáticas e principais responsáveis pelo tratamento, no período de 2010 e 2011. Nesse contexto, a amostra foi composta por 567 prontuários de usuários de crack e álcool. A coleta dos dados foi realizada através de um formulário estruturado dirigido à ficha de acolhimento do serviço com variáveis referentes a aspectos do projeto terapêutico. Os dados foram	No contexto em estudo, destacou-se o acolhimento que acontece diariamente, tendo como foco os usuários que procuravam pela primeira vez o serviço e aqueles afastados há mais de seis meses, com intuito de realizar uma avaliação ou reavaliação para melhor direcionamento do plano terapêutico. Outras atividades eram programadas semanalmente como educação em saúde na sala de espera, prevenção de recaídas, redução de danos, motivacional.	As atividades de acolhimento, sala de espera e visita domiciliar se destacam nos projetos terapêuticos dos usuários, bem como os atendimentos de enfermagem e medicina. Torna-se relevante o acolhimento e conhecimento do projeto terapêutico para aprimoramento das estratégias de cuidado e tratamento.

		processados no Statistical Package for the Social Sciences, versão 20, licença n. 10101131007. Foi utilizado o teste do Qui-quadrado para analisar características sociodemográficas, como sexo e idade, e os aspectos do tratamento. Na variável estado civil, utilizou-se o teste de Fisher-Freeman-Halton e para análise dos dados referentes aos atendimentos individuais e em grupos, o teste z para proporções. Considerou-se o nível de significância de 5%.		
6. Fatores associados ao uso de drogas: depoimentos de usuários de um CAPS AD. Ana Kelen Dalpiaz; Maria Helena Vianna Metello Jacob; Karen Daniele da Silva; Melissa Pereira Bolson; Alice Hirdes.	Aletheia 2014 Brasil	Estudo Qualitativo. Tipo transversal e descritivo, e integra o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PET-Saúde Mental) do Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Saúde e a Universidade de Caxias do Sul/RS. Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram	O CAPS ad objetiva oferecer atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, prestando atendimento diário aos usuários do serviço e familiares, oferecendo cuidados personalizados de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário (modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva), garantindo aos mesmos, atenção e acolhimento,	As análises efetuadas para este estudo permitem inferir que o CAPS ad, além de oferecer acolhimento, atividades terapêuticas e educativas, apresenta duas características que facilitam a procura por ajuda dos usuários – o território onde está localizado e a modalidade de atendimento. O saber

		dez entrevistas semiestruturadas realizadas com usuários deste CAPS ad, no período de outubro de 2011 a março de 2012. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com agendamento prévio (dia, hora e local) com os usuários, selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: ter participado de grupos de intervenção breve; estar inserido em um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e participar de das atividades do CAPS ad de forma sistemática; no mínimo, há três meses, sem abandono do tratamento durante este período. As entrevistas foram realizadas no CAPS, com um tempo médio de duração de 40 minutos. Para a análise dos dados foi percorrido o caminho metodológico operacionalmente proposto por Minayo (2010): a ordenação, a classificação e a análise final dos dados. A	proporcionando condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados, além de, promover ações educativas e preventivas, que visem à reinserção social, atenuando o preconceito em relação ao uso de álcool e outras drogas. A reabilitação proporcionada pelo CAPS ad é estrategicamente direcionada para a RD, seja através do afastamento do contexto social que favorece a utilização de álcool e outras drogas, ou pelo suporte terapêutico que produz reflexão ao mesmo tempo em que oferece subsídios para mudanças subjetivas. O atendimento individualizado pelos profissionais, bem como as oficinas e grupos terapêuticos disponibilizados pelo CAPS atuam como instrumento de reabilitação, não só auxiliando na abstinência e na ocupação diária, mas também na descoberta das potencialidades dos usuários, possibilitando atividades laborais, em busca da	adquirido através do conhecimento e de ações de educação em saúde e intervenções terapêuticas auxilia os usuários no resgate da autonomia e da autoestima, na responsabilização pelo seu tratamento e na reabilitação psicossocial. As práticas terapêuticas desenvolvidas pelo CAPS estimulam a troca de experiências, a comunicação e as inter-relações, estabelecendo vínculos entre usuários, profissionais e o serviço. Fica evidente a importância do CAPS ad. Reviver à luz do diálogo franco e da experiência de profissionais que dão assistência à saúde de indivíduos que fazem uso abusivo ou são dependentes de drogas e/ou álcool.
--	--	--	--	---

		ordenação dos dados consistiu na transcrição das entrevistas gravadas, leitura e releitura do material transcrito, organização dos relatos com início de classificação e organização dos dados. A classificação dos dados foi operacionalizada por leitura exaustiva e repetida dos textos. Neste exercício foi realizada a apreensão das “estruturas de relevância” a partir das falas dos sujeitos.	conquista da reinserção social. O CAPS desempenha papel importante também no resgate da autoestima, da autoconfiança e valorização pessoal, desperta a solidariedade, ao mesmo tempo em que possibilita a troca de experiência, a comunicação e a inter-relação entre os usuários, reforçando vínculos entre usuários, serviço e profissionais.	
7. Understanding real-world adherence in the directly acting antiviral era: A prospective evaluation of adherence among people with a history of drug use at a community-based program in Toronto, Canada. Kate Mason; Zoe Dodd; Mary Guyton; Paula Tookey; Bernadette Lettner; John Matelski;	International Journal of Drug Policy 2017 Reino Unido	Estudo Quantitativo. Avaliação prospectiva de usuários com HCV crônico que iniciaram o tratamento com DAA. Os questionários de auto-relato de adesão à medicação foram preenchidos semanalmente. Os questionários pré / pós-tratamento examinaram a sociodemografia, o engajamento no programa e o uso de substâncias. Os dados ausentes de adesão foram contados como uma dose perdida.	No início, 92% (n = 68) dos participantes “frequentemente ou sempre” concordaram com a afirmação “meu profissional de saúde e eu confiamos um no outro” e 99% (n = 71) consideraram que a equipe do programa era “frequentemente ou sempre” fáceis de conversar e incentivadas. Um terço (32%) estava no programa ou centro de saúde há mais de 5 anos, 42% (n = 31) entre 5 e 1 ano e 26% (n = 19) há menos de 1 ano. Uma grande maioria (88%, n = 65) relatou que sempre ou frequentemente participa do	No geral, a adesão foi excelente, apesar dos múltiplos e interseccionais problemas de saúde e sociais que podem atuar como barreiras à adesão, como pobreza, baixos níveis de educação, problemas de saúde mental e uso de substâncias ativas. Este estudo fornece evidências do mundo real e insights sobre os padrões de adesão ao DAA de pessoas marginalizadas que usam drogas, bem

Sanjeev Sockalingam; Jason Altenberg; Jeff Powis.			grupo de apoio semanal do programa. 31% (n = 23) relataram ter experimentado discriminação percebida por qualquer profissional de saúde atendido no ano passado. Há necessidade de modelos de assistência completos e de suporte, bem como uma abordagem individualizada do tratamento.	como fatores associados a semanas com doses perdidas. Isso demonstra que, no contexto de marginalização social e altas taxas de uso de substâncias, um modelo de suporte comunitário baseado no tratamento de HCV pode promover altos níveis de adesão e alcançar resultados de tratamento comparáveis aos ensaios clínicos registrados. A expansão de modelos de tratamento apropriados para pessoas marginalizadas que usam drogas e álcool garantirá a RVS e, assim, abordará a atual epidemia de HCV entre a população mais impactada. As pessoas que usam drogas são um grupo diverso que pode, e faz, aderir com sucesso ao tratamento com DAA HCV.
8. “Escuta no pátio”: cuidado e vínculo como práticas de redução de Danos.	Pesquisas e Práticas Psicossociais 2016	Estudo Qualitativo. No âmbito do CAPS ad a proposta foi desenvolvida, por meio de prática de estágio supervisionado do	Humanizar os serviços de saúde implica em transformar o próprio modo como se concebe o usuário. Ao propor a “Escuta no pátio”, investimos na	O grande desafio e compromisso de quem realiza o cuidado é utilizar as relações como tecnologia, no sentido de

Isabela Saraiva de Queiroz; Ôni Márcia Jardim; Mariana Gonçalves de Deus Alves.	Brasil	curso de Psicologia, cujo objetivo era a inserção de acadêmicos na discussão teórico-prática e histórico-política sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas, e o desenvolvimento de intervenções psicossociais em dispositivos do SUS. A intervenção desenvolvida no estágio orienta-se pelo referencial teórico e metodológico que versa sobre atenção integral à saúde e clínica ampliada. Nomeada como “Escuta no pátio”, consiste na oferta de uma escuta qualificada a usuários do serviço em diversos espaços da unidade de saúde, especialmente, no pátio. Por meio de conversas individuais e coletivas não agendadas, demandadas espontaneamente pelos usuários, são abordadas questões que contemplam dimensões pessoais, relações afetivas e familiares, bem como dimensões sociais e	elaboração do vínculo como tecnologia leve no cuidado orientado ao usuário de álcool e outras drogas. O uso de tecnologias relacionais como dispositivo de atendimento responde à proposta de Merhy (2007), que afirma que o cuidado em saúde deve ser estruturado a partir do que ele nomeia como tecnologias “leves”. As tecnologias “leves” são as que permitem operar os processos relacionais no encontro entre profissional de saúde e usuário, como o acolhimento, o vínculo e a gestão dos processos de trabalho. A escuta se estabelece, então, como tecnologia leve, ou seja, tecnologia das relações, que permite operar os processos relacionais entre o trabalhador de saúde e o usuário, com vistas à autonomização e responsabilização.	edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua, entre os sujeitos. A prática da escuta tem promovido o fortalecimento do vínculo do usuário com o serviço, sendo uma proposta apoiada por toda a equipe de profissionais. Ao escutá-los, sem fazer nenhuma exigência prévia à sua fala, acolhemos sua demanda de afeto e significação. É importante considerar, ainda, que o cuidado, ao contribuir para o estabelecimento do vínculo entre o usuário e o profissional, potencializa também suas relações familiares e comunitárias. A “Escuta no pátio” serve, assim, para que o próprio serviço conheça melhor as demandas dos usuários, fortalecendo o manejo de suas singularidades.
--	---------------	---	---	--

9. Perfil de mulheres acolhidas em leitos de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Natália Menezes Ferraz Leão; Gabriella de Andrade Boska; Júlia Carolina de Mattos Cerioni Silva; Heloísa Garcia Claro; Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira; Mônica Silvia Rodrigues de Oliveira.	Enfermagem em Foco 2020 Brasil	políticas, no campo do trabalho, da justiça e da circulação por instituições. Estudo Quantitativo. Estudo descritivo, documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa. O dados foram coletados de prontuários, seguidos de análise estatística. Trabalhou-se com o número total de prontuários de mulheres admitidas em leitos de acolhimento noturno entre junho de 2010 (período inicial de implantação dos leitos) a junho de 2015, resultando em 127 prontuários. Este estudo foi realizado em um CAPSad da cidade de São Paulo. Os dados foram armazenados no software Microsoft Excel® e analisados com o programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 20.0. Posteriormente, foi realizada análise estatística e descritiva simples.	As mulheres tinham em média 38 anos, sem companheiro (81,1%), com vínculo familiar ruim/conflituoso (52,7%), sem vínculo empregatício (83,5%) e em situação de rua (64,5%). As substâncias mais consumidas foram crack e álcool. Frequentemente, as admissões foram por desintoxicação e vulnerabilidade social, com permanência média de 7 dias. Entretanto, 29,1% não concluíram o tratamento e 35,4% retornaram após a alta buscando atendimento individualizado. Vale evidenciar que os motivos pelos quais essas mulheres evadem, ou pedem alta do tratamento, não as impedem de buscar novamente auxílio, estando o serviço sempre pronto a receber, bem como acompanhar os casos(21), indicando importante vínculo entre serviço, profissionais e usuárias, como observado em	Este estudo possibilitou conhecer a respeito do perfil das mulheres admitidas em leitos de acolhimento noturno de CAPSad III e como estas utilizaram este recurso terapêutico. Fica evidente que as diversas situações de vulnerabilidade social por elas enfrentadas, associadas ao consumo problemático de SPA, levam a exposições de riscos constantes, sendo os leitos referência no território para o cuidado integral e contínuo desta população. Apesar do alto índice de não conclusão do tratamento proposto pela equipe, a maioria das mulheres retornaram após a alta buscando por atendimento individualizado e muitas devido à situação de crise, indicando importante
--	---------------------------------------	---	---	--

				outro estudo sobre ocupação de leitos noturnos.	vínculo entre usuárias, profissionais e serviço.
10. Itinerário terapêutico e assistência à saúde de Usuários de drogas na rede de atenção psicossocial. Keity Laís Siepmann Socoli; Zaira Letícia Tisotti; Naiana Oliveira dos Santos; Andressa da Silveira; Mara Regina Caino Teixeira Marchiori; Helena Moro Stochero.	Revista Cuidado é Fundamental 2021 Brasil	Estudo Qualitativo. A coleta dos dados foi a partir da entrevista semiestruturada e analisados por meio da análise temática, desenvolvida com 14 usuários de álcool e outras drogas que estavam sendo assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS AD) de um município do Rio Grande do Sul, Brasil.	Evidenciou-se que os usuários de drogas fazem uma ampla peregrinação na rede de saúde em busca de acolhimento e que a assistência à saúde está pautada em um modelo manicomial, centrado na medicalização em alguns serviços. A assistência prestada nos serviços de âmbito territorial não acolhe o usuário e nem garante a integralidade do cuidado, o que faz com que esses peregrinam pela Rede. Os usuários expressam que o acesso ao CAPS ocorre mediante o encaminhamento de serviços de internação, como dos hospitais e das comunidades terapêuticas. Ainda, o itinerário terapêutico revela que os usuários procuram esse serviço por indicação da rede social, que são os familiares e amigos. Ao relatarem acerca da assistência prestada pelos profissionais do CAPS AD, percebe-se que o CAPS é um espaço onde os	A assistência prestada pelos profissionais no CAPS AD ocorre de modo que garante o acolhimento e o cuidado aos usuários, mostrando-se como sendo satisfatória e estabelecendo relações de vínculo e empatia com os mesmos. Em contrapartida, identificou-se fragilidades que remetem à infraestrutura, escassez de recursos materiais e humanos, o que por sua vez interfere na assistência ao usuário do CAPS AD. A atenção primária mostrou fragilidades no que tange à assistência, haja visto que essa não atende a integralidade do cuidado aos usuários na lógica de assistência no território e tampouco realiza o encaminhamento dos usuários para outros pontos das RAPS. Em contrapartida, o CAPS é o	

			usuários se sentem acolhidos, cuidados e compreendidos.	serviço que os usuários buscam com maior frequência para serem assistidos, pois sentem-se acolhidos e conseguem estabelecer relações de vínculo com a equipe. O apoio da rede familiar e social mostrou-se mais efetiva para a busca de assistência do que os serviços que contemplam as RAPS.
11. Acolhimento e cuidado à pessoa em uso problemático de drogas. Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho; Edméia de Almeida Cardoso Coelho; Jeane Freitas de Oliveira; Ana Karla da Silva Freire; Andiará Rodrigues Barros; Rosália Teixeira Luz	Revista de Enfermagem da UERJ 2019 Brasil	Estudo Qualitativo. Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevistas entre março e agosto de 2015, em um CAPS ad de Pernambuco/Brasil. Colaboraram com a pesquisa 14 usuários e nove profissionais. Para análise do material empírico, foi utilizada a técnica análise de discurso segundo Fiorin.	O acolhimento constitui-se como vínculo, que influencia positivamente. Essa salvaguarda é expressa por eles, quando em momentos difíceis, a exemplo, na crise de abstinência, tem a certeza que não de encontrar amparo. No CAPSad, pessoas com problemas por uso de drogas passam do sentimento de abandono para o de amparo. Essa condição se materializa no acesso e acessibilidade e no acolhimento por profissionais disponíveis para escuta, representando ruptura com o modelo em que se ergueu a psiquiatria tradicional, cujo foco	Os discursos de usuários do serviço e de profissionais convergem para práticas de cuidado acolhedoras, capazes de construir relações de confiança e vínculos consistentes, facilitando processos terapêuticos caracterizados pelos dois grupos como resolutivos. O cuidado prestado a pessoas em uso problemático de drogas caminha ao encontro da integralidade, com práticas de acolhimento qualificadas como dialógicas, afetivas e

			de interesse era exclusivamente a doença mental. A análise dos discursos de colaboradores revela que o cuidado no CAPS ad se dá por vias de atos e afetos, capaz de fortalecer subjetividade, criar vínculo e responsabilização, exercitar o protagonismo de usuários em conformidade que qualifica a atenção e efetiva a integralidade. Em situações em que é necessário referenciar usuário a outro serviço, o acolhimento possibilita que o encaminhamento seja compartilhado entre profissionais, usuário, familiares e o serviço que irá recebê-lo, evitando a referência e contrarreferência, configurada como repasse de problema. Na medida em que o CAPS ad torna-se o pilar que produz vínculos e superações, poderá também redarguir enclausuramento, motivado pela acomodação do usuário, levando-o ao desinteresse pela alta, em casos que podem ser acompanhados em outros dispositivos da rede.	potencial para resolutividade em um contexto favorável à autonomia e ao fortalecimento da cidadania. O acolhimento é um dispositivo potente às multiplicidades do cuidado no CAPS ad, onde a confiabilidade estabelece-se e sustenta-se em processos terapêuticos caracterizados como resolutivos. O compromisso e a disponibilização da equipe em acolher e escutar produz vínculo e horizontaliza relações intersubjetivas.
--	--	--	---	--

12. Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? Ana Regina Machado; Celina Maria Modena; Zélia Maria Profeta da Luz	Physis: Revista de Saúde Coletiva 2020 Brasil	Estudo Qualitativo. No trabalho de campo, desenvolvido entre outubro de 2016 e setembro de 2017, foram realizadas 3 entrevistas semiestruturadas com gerentes (3 participantes), três grupos focais com usuários (30 participantes), três grupos focais com familiares (20 participantes), três grupos focais com trabalhadores de nível médio e superior (31 participantes), além de 120 horas de observação participante nas diferentes atividades dos Caps AD (plantões, permanência-dia, oficinas, assembléias, grupos de familiares, atividades no território e reuniões de equipe).	Os resultados permitiram compreender que os Caps AD de Belo Horizonte priorizam o desenvolvimento de práticas de produção de acolhimento e vínculos e de atenção aos comprometimentos de saúde das pessoas que usam drogas. Ofertam também, práticas que contribuem para a produção de cidadania. Incluem elementos da redução de danos, da atenção psicossocial e do cuidado em suas lógicas de atenção. Sustentam a atenção em serviços abertos, porém com pouca articulação com os recursos comunitários e territoriais. Os sujeitos participantes afirmaram, nos grupos focais, que os Caps AD acolhem as pessoas que fazem uso de drogas como seres humanos, sem privilegiar aspectos patológicos ou estigmas que podem ser associados a seus modos de vida. Nos Caps AD pesquisados, o acolhimento e a produção de vínculos contribuem para assegurar a presença do cuidado nas	Constatamos que estes serviços priorizam práticas que produzem acolhimento, vínculos sociais e atenção aos comprometimentos de saúde. Adotam a redução de danos, a atenção psicossocial e o cuidado como lógica de atenção. Realizam a atenção em serviços abertos, porém com pouca articulação com os recursos comunitários e territoriais. A pesquisa permitiu compreender que os CapsAD realizam práticas coerentes com as inovações propostas, que buscam ampliar as possibilidades de vida das pessoas que usam drogas.
---	--	---	--	---

			práticas dos serviços, que é reconhecido como espaço de acolhimento e cuidado e também como espaço terapêutico, onde é possível construir novas formas de gestão do uso de drogas, coincidentes ou não com a abstinência.	
13. Ruídos do processo de trabalho e o acolhimento da família na atenção psicossocial em álcool e outras drogas. Gabrielle Leite Pacheco Lisboa; Mércia Zeviani Brêda; Maria Cícera dos Santos de Albuquerque	SMAD 2016 Brasil	Estudo Qualitativo. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório, realizado em um CAPS ad, do tipo III em uma capital do nordeste brasileiro, entre março de 2012 e fevereiro de 2014. A coleta dos dados deu-se através de entrevista semiestruturada, com uso de roteiro elaborado pelas pesquisadoras para compreender a dimensão subjetiva dos entrevistados sobre o tema. Participaram do estudo oito profissionais com nível superior, escolhidos aleatoriamente. Entre eles, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, médicos	Os resultados evidenciaram ruídos produzidos no processo de trabalho e suas interfaces com o acolhimento. Mais especificamente, revelaram demanda excessiva de atendimento, despreparo dos profissionais, acolhimento focado na dependência, dificuldades para o trabalho interdisciplinar e ausência de uma rede efetiva. O acolhimento quando incorporado no serviço pode promover mudanças na organização do trabalho, ampliando o acesso à assistência integral.	Este estudo concluiu que ampliação dos vínculos, territorialização, articulação com grupos de apoio e flexibilidade dos grupos familiares, são possíveis caminhos para o acolhimento. A demanda excessiva; o despreparo dos profissionais; o acolhimento focado na dependência do usuário de drogas; a dificuldade no trabalho interdisciplinar e a ausência de uma rede de atenção estruturada, configuram-se como uma versão do serviço realizado no CAPS ad e apontam novos caminhos a serem trilhados pela equipe.

		e psicólogos, que exerciam suas atividades no serviço. Foi utilizada a análise temática para acessar os núcleos de sentido que compuseram a comunicação dos sujeitos.	
14. Bio política na assistência ao usuários de Alcool e outras drogas. Kallen Wande koken; Bruna Quintanilha; Maristela Dalbello-Araujo.	Revista Subjetividade es 2015 Brasil	Estudo Qualitativo. Foi realizada uma pesquisa qualitativa em um CAPSad, sendo incluídos todos os 28 profissionais que atuam nessa instituição, desde os que possuem formação específica em cursos da área da saúde até os que prestam outros serviços. Desse modo, foram convidados a participar da pesquisa: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes administrativos, motoristas, recepcionistas, vigilantes, auxiliares de serviços gerais, farmacêuticos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, gerentes, técnicos de enfermagem e assistentes sociais. O campo da pesquisa foi realizado entre os meses de	A autonomia do usuário se dá por meio da realização de práticas de acolhimento-diálogo, a fim de que a permanência deste na instituição não seja mais necessária. Assim que o usuário é acolhido na instituição, há o estabelecimento do contrato terapêutico. O documento deve ser assinado pelo usuário e suas diretrizes são fiscalizadas pelos profissionais, havendo punição no caso de desrespeito às normas – de uma advertência verbal até a suspensão do tratamento. Entre as normas, encontram-se: horário de chegada e de saída; horário das refeições e das atividades; necessidade de abstinência para a realização das atividades; horário e local em que é permitido o uso do A partir deste estudo, pudemos notar que a lógica manicomial ainda se encontra presente nos serviços de saúde mental, fato percebido nas diversas práticas tutelares presentes no CAPSad pesquisado, como movimentos de “higienização de ruas”, fortalecimento da dependência ao serviço e a supremacia da burocracia e dos controles em detrimento do cuidado. Frente aos resultados encontrados, pode-se perguntar se é possível estabelecer modos de acolhimento e cuidado sem o aprisionamento da vida e sem o assujeitamento dos usuários? Quais

		janeiro a abril de 2014. Os dados foram produzidos por meio de entrevista coletiva com 10 trabalhadores a partir de um fluxograma prévio do processo de trabalho, que funcionou como dispositivo interrogador e por meio de roteiro semiestruturado. Também foram feitas 13 entrevistas em profundidade. Realizou-se 80 horas de observação do cotidiano e das reuniões de equipe a fim de perceber comportamentos de interação e, dessa forma, explorar questões que não surgiram facilmente nas entrevistas. Todos os dados foram anotados e transcritos em um diário de campo, em que foi realizada a Análise Temática, derivada da Análise de Conteúdo, desenvolvida por Bardin.	cigarro, entre outras. Isso faz com que os usuários sejam controlados a todo o momento, até no que diz respeito à vida fora da instituição.	estratégias traçar para construir a autonomia dos usuários junto com eles? Assim, é preciso rever frequentemente se e quais estratégias biopolíticas estão operando na assistência ao usuário. Só desse modo será possível discutir os aspectos macro e micropolíticos que permeiam o processo de trabalho e as práticas de autonomia e cuidado no CAPS ad. Notamos ainda que, no que concerne ao aspecto macropolítico, é necessária a concretização de uma rede de atenção articulada, pois só assim se conseguirá junto ao usuário construir estratégias efetivas de autonomia, ou melhor, de não dependência, tanto das substâncias psicoativas quanto de um serviço.	Os usuários estavam satisfeitos com os CAPS, sobretudo quanto à
15.	Ciência & Saúde Coletiva	Estudo Quantitativo. Foi realizado um estudo transversal em 11 CAPS, os	Os usuários encontravam-se satisfeitos com os CAPS e os maiores escores de satisfação		

Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. Sarah Nascimento Silva; Marina Guimarães Lima; Cristina Mariano Ruas.	2018 Brasil	usuários foram entrevistados para aplicação da Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental e um formulário semi-estruturado com variáveis sociodemográficas e clínicas. O cálculo amostral para determinação do número mínimo de entrevistados considerou a população das cidades de Betim-MG (417 mil habitantes), Contagem-MG (648 mil habitantes) e Ibirité-MG (173 mil habitantes), no ano de 2014. O cálculo considerou prevalência a priori de 50%, devido à heterogeneidade dos eventos avaliados, erro de 5%, intervalo de confiança de 95% e 30% de perdas. O número mínimo de entrevistas aplicadas em cada CAPS considerou a razão entre a população da cidade em que a instituição estava alocada e a população total das cidades	observados nesse estudo foram referentes à competência dos profissionais que conduziam o tratamento, acolhimento e ajuda recebida no serviço. Maiores escores de satisfação foram associados aos usuários dos CAPS II comparados aos CAPS III que são serviços 24h e mantêm, ainda que provisório, o acolhimento em período diurno e noturno do usuário por alguns dias. Uma hipótese a ser considerada, nesse caso, é que a privação da liberdade, mesmo que por um período bem delimitado e justificado clinicamente, pode não corresponder à expectativa dos usuários. No momento de lucidez, como na entrevista, o usuário pode não ser capaz de recordar sua condição na crise, fato que justificaria essa tomada de decisão pelos profissionais. Conforme esperado, serviços com propostas e intervenções diferenciadas, tendem a provocar diferentes níveis de satisfação aos usuários.	competência dos profissionais, acolhimento e ajuda recebida no serviço. Condições físicas e conforto do serviço obtiveram os menores escores na escala de avaliação de satisfação. Os usuários estão satisfeitos com o modelo de atenção praticado nos CAPS, embora detectada a necessidade de melhorias na estrutura física, mecanismos de participação e empoderamento dos usuários. Utilizar a opinião dos usuários como um critério de avaliação representa uma mudança de paradigma na saúde mental, em um sistema que há poucos anos subestimava sua percepção. A prática de avaliação de serviços de saúde necessita de diversas abordagens que perpassam pela aceitação dos serviços pelos usuários, bem como o
---	------------------------	---	---	--

		inclusas na pesquisa, dividindo-se esse valor pelo número de CAPS presentes nestas cidades. Utilizou-se o software OpenEpi® versão 3.02 para realizar o cálculo amostral, o qual obteve o valor mínimo de 500 participantes.		cumprimento de critérios técnicos. Assim, diferentes estratégias de avaliação devem ser utilizadas para complementar esse complexo processo de avaliação dos serviços de saúde mental.
16. Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no centro de atenção psicossocial álcool drogas? Jacqueline Macedo dos Santos; Juliana Ávila Baptista; Cíntia Nasic Marcio Wagner Camatta.	Revista Gaúcha de Enfermagem 2018 Brasil	Estudo Qualitativo Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, com 12 usuários e quatro profissionais do CAPS-ad de um município de Minas Gerais. Os dados foram coletados entre abril e setembro/2017 por meio de entrevista semi-estruturada, observação participante e análise documental.	Os resultados da pesquisa sugerem que o acolhimento e a responsabilização do usuário pelo próprio tratamento devem caminhar de forma sincrônica, favorecendo a autonomia e a participação efetiva do usuário, de forma a evitar que os vínculos entre os profissionais e os usuários tenham um caráter tutelar. Outra questão reportada como fator motivador para os usuários foi a própria equipe do CAPS-ad, pois a forma de interação proporcionada pelos profissionais leva à construção de vínculos que repercutem positivamente na motivação deles. O terapeuta de referência não tem o controle das atividades e ações realizadas pelos usuários em seus contextos de vida, mas quando	Esta pesquisa mostrou que os vínculos dos usuários com os profissionais e com o serviço são fortes e afetivos, evidenciados pelo o empenho dos profissionais no acolhimento e cuidado dos usuários, servindo assim como fatores de motivação para a frequência deles no serviço, o que tem favorecido a sua autoestima e relações sociais. Todo o profissional da saúde é sempre um operador do cuidado, e como tal deveria ser capacitado para produzir acolhimento, responsabilização e vínculo. A operacionalização das

			o profissional se familiariza com as escolhas feitas por um usuário, inaugura um espaço de cumplicidade que permite um acompanhamento terapêutico em seus diferentes territórios, que são os diferentes planos de cuidado. Compreender esta dinâmica é caminhar junto com o usuário, nos princípios da redução de danos, em um processo que envolve escuta, direcionamento, aceitação e adaptação. O desenvolvimento de projetos terapêuticos em serviços de saúde mental como os CAPS-ad se constitui como estratégia central de produção do cuidado ao mesmo tempo em que busca implementar relações horizontalizadas (profissional-usuário-familiares), mediante o acolhimento, vínculo, responsabilização pelos usuários e a garantia de atenção continuada e integral. Entretanto, neste estudo, observou-se ainda, momentos em que o acolhimento colocava o usuário numa posição passiva perante o serviço, ao decidir por ele os objetivos e as ações	ações de acolhimento, responsabilização e vínculo, estabelecido na perspectiva da redução de danos, parecem incompatíveis com a postura esperada para um terapeuta de referência, pois, ao produzir “acolhimento”, ele se responsabiliza excessivamente pelo usuário, ao invés de promover a sua corresponsabilização no processo. Por outro lado, esse vínculo profissional-usuário construído sugere uma relação tutelar, promovendo a dependência exagerada do usuário pelo terapeuta de referência e serviço, despotencializando assim a sua autonomia e participação.
--	--	--	---	---

			terapêuticas no tratamento, desconsiderando seus desejos e interesses, indo na contramão das diretrizes de um PTS.	
17. Serviços abertos e fechados no tratamento do abuso de álcool e outras drogas do ponto de vista do(as) usuário(as). Caliandra Machado Pinheiro; Mônica Nunes de Torrenté	Saúde & Sociedade 2020 Brasil	Estudo Qualitativo. Foram utilizadas as técnicas da história de vida e da observação participante. A análise dos dados se pautou numa perspectiva hermenêutica crítica e reflexiva das narrativas e das práticas cotidianas desses sujeitos. Nesta foram analisados, em profundidade, quatro casos na cidade de Salvador. Foi realizada uma média de seis entrevistas por participante, quatro entrevistas com familiares e quatro com profissionais indicados pelos pesquisados como informantes-chave em relação a suas histórias de vida. Os espaços em que ocorreram as entrevistas e a observação foram um CAPS AD II, uma casa de apoio para pessoas com síndrome da	Entre os aspectos tidos como positivos estão a presença de atividades de acolhimento que propiciam o vínculo; ações relacionadas ao território, como articulação da rede intersetorial, visitas domiciliares e visitas institucionais; construção conjunta do projeto terapêutico, caracterizada pela centralidade do usuário e por sua liberdade; acompanhamento por técnico ou equipe de referência; atendimento familiar; intensificação de cuidados em momentos de crise ou maior vulnerabilidade; presença de ações condizentes com a lógica da redução de danos; presença de práticas integrativas e complementares; atividades que denotam a presença do trabalho em equipe; e a interrupção do ciclo de internamentos.	Os serviços mais afinados com os modelos psicossocial e sociocultural (CAPS) apareceram como mais próximos do que seria um olhar integral voltado para a desinstitucionalização, em termos da manutenção da liberdade e da tentativa de olhar para o sujeito em sua dimensão biopsicossocial no que diz respeito às questões relacionadas ao risco social, por auxiliar na busca de direitos dos usuários, e por ter, em alguns dos seus profissionais, agenciadores das redes de cuidado e do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Esses serviços apresentaram também falhas e dificuldades nessa tentativa do olhar integral, principalmente no que diz respeito à oferta de

		imunodeficiência adquirida (aids), as residências próprias e de familiares, uma sede dos AA, um hospital geral, uma igreja adventista, um centro espírita e uma lanchonete. O trabalho de campo foi realizado entre novembro de 2014 e junho de 2016 e a observação com cada pessoa durou em média oito meses. A análise interpretativa desses dados foi feita a partir da importante contribuição da hermenêutica crítica para a compreensão da experiência.			atividades voltadas para a produção de autonomia, como também nos limites para lidar com o grande risco social vivenciado pelos usuários.
--	--	--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria (2021).

Apêndice II

Perguntas norteadoras para profissionais utilizadas na coleta de dados nos CAPSad III de Pelotas e SLS

Princípios norteadores do Acolhimento nos serviços: Primeiramente será apresentado um conceito daquele princípio, após será utilizado um roteiro com perguntas para a equipe e para os usuários participantes da pesquisa.

Para Profissionais:

- Acolher:

- 1 - O que você entende por acolhimento?
- 2 - Quais ações compreendem o ato de acolher?
- 3 - Em que momento o acolhimento tem início e em que momento ele tem fim?

4 - Você entende que existem profissões aptas para acolher?

5 - Como funciona o acolhimento nesse serviço?

6 - Em sua concepção o CAPSad realiza o acolhimento da melhor forma?

Você concorda como ele é realizado no serviço?

7- Quais profissionais participaram da construção do fluxo do acolhimento no serviço? Foi uma construção da equipe?

8 - Quais características você pensa que deve ter o profissional na hora que ele acolhe?

9 - Como a pessoa acolhida participa do acolhimento no serviço?

10- Você pensa que os profissionais utilizam todos os recursos do serviço no momento do acolhimento? Quais são os recursos utilizados?

11 - A partir da realidade atual do serviço, o que poderíamos pensar para criar um fluxo para o acolhimento?

-Vínculo:

1- Como se estabelecem as relações entre os profissionais e os usuários dentro do serviço? Você avalia que elas podem melhorar?

2- Você considera o vínculo no serviço importante no processo de tratamento? De que forma?

3 - Que recursos pessoais são importantes na construção do vínculo?

4 - Há profissionais de referência ou gerente de caso no serviço? Como esse é escolhido? Qual a participação do usuário nesse processo?

5 - Em que atividades do cotidiano há interação entre os usuários e equipe?

6 - Você consegue identificar fatores que dificultam a formação do vínculo dentro do serviço?

7- É importante o vínculo na construção do PTS?

-Acesso:

1 - Quais as formas de acesso do usuário ao serviço? Como você avalia o acesso ao CAPSad?

2 - Você considera que o fluxo é bem definido para os usuários do SUS?

3 - O serviço trabalha com agendamento? Quais atividades são agendadas? Por que elas são agendadas?

4 - Existem fatores que dificultam o acesso ao serviço?

5 - A partir de qual momento começa o acesso ao serviço? Você teria sugestões para melhoria do acesso ao serviço?

6 - O serviço realiza busca ativa? Existem critérios?

7 - Existe um fluxo para acesso ao serviço? A partir do 1º atendimento como são construídas as próximas etapas do acompanhamento no serviço? Há participação do usuário?

-Autonomia:

1 - A autonomia é importante na SM? Ela é estimulada pelos trabalhadores? Em quais atividades? Por que ela é importante?

2- Há assembleias no serviço? O que costuma ser discutido? De que forma poderia ser melhorada a participação dos usuários nas atividades e decisões junto a equipe?

3 - De que forma o usuário exerce sua autonomia?

4 – A pessoa participa da construção de seu PTS? Qual a periodicidade de revisão do PTS?

- Corresponsabilidade:

1 - Por que a corresponsabilidade é importante no serviço? Como são divididas as responsabilidades pelas atividades e pelo tratamento no serviço?

2 – Existem fatores que dificultam o exercício da corresponsabilidade dentro do serviço?

- Portas Abertas:

1 - O serviço recebe usuários 24 horas? Inclusive para o primeiro atendimento?

2 - Existem critérios para recepção do usuário no atendimento?

3 - Há dias e horários para o primeiro atendimento no serviço?

4 - Na sua concepção o serviço cumpre o papel de acolher 24h conforme preconizado na Portaria de CAPSad III 24 horas?

5 - O que poderia melhorar a chegada do usuário ao serviço?

6 - Você consegue identificar que fatores influenciam para que o serviço não tenha livre acesso?

7 - A partir da realidade atual, como a equipe poderia melhorar o acesso ao serviço? Você considera seu serviço um serviço de portas abertas?

8 - O seu serviço atende crises? São atendidos usuários intoxicados?

9 - O que difere nos atendimentos dos usuários? Intoxicados ou não?

10 - Há escala de profissionais para realizar o 1º atendimento? São exigidos documentos? No caso de não possuir documentação o usuário é recebido no serviço?

11 - Todas as pessoas que acessam o serviço são atendidas naquele dia? São liberadas já com alguma previsão de retorno para uma determinada atividade?

12 - Existe alguma intercorrência que o serviço não atenda?

- Escuta Qualificada:

1- A escuta qualificada é importante para o tratamento?

2 - Quais são os fatores que facilitam e os que dificultam o exercício da escuta qualificada?

Apêndice III

Perguntas norteadoras para usuários/as utilizadas na coleta de dados nos CAPSad III de Pelotas e SLS

Perguntas a serem respondidas pelas pessoas que fazem uso de álcool e que frequentam o serviço CAPSad III. Primeiramente será apresentado o conceito utilizado pela pesquisadora a seguir serão realizadas as perguntas

- Acolher:

1 - O que você entende por acolhimento? Você concorda com o conceito apresentado?

2 - Quando você chega no serviço você se considera bem recebido pelos profissionais do serviço?

3 - Como você avalia o atendimento recebido no serviço? Com relação a equipe como você considera a relação estabelecida dos profissionais com os usuários?

4 - Você teria alguma sugestão para melhoria do atendimento do CAPSad? Você considera que as pessoas são bem atendidas desde o primeiro contato com o serviço?

5 - Para você em que momento começa o acolhimento?

6 - Em quais atividades você se sente melhor acolhido? E com quais profissionais você se sente melhor acolhido?

7 - Que características pessoais são importantes para um profissional no momento do acolhimento? Quais os pontos fortes da equipe?

8 - Como você participa do seu processo de acolhimento no serviço?

9 - A partir da atual realidade, que sugestões você daria para melhora do atendimento/ acolhimento no serviço?

10 – Quais atividades são oferecidas ao usuário pelo serviço?

- Vínculo

1 - Como você avalia as relações no serviço? Usuários/ Equipe

2 - Tem técnico de referência no serviço? você conhece seu técnico de referência? Qual foi o critério para escolher seu técnico de referência? você participou da escolha?

3 - Há interação entre os profissionais e as pessoas que acessam o serviço? Em quais atividades?

4 - Você considera o vínculo com os profissionais um recurso importante no seu tratamento?

5 - O que você entende por vínculo?

6 - A partir da atual realidade, como poderíamos melhorar o vínculo dentro do serviço?

- Acesso:

1 - Como você avalia o acesso ao serviço? você conhece as formas de acesso ao serviço?

2 - Como você chegou no serviço?

3 - Você foi atendido no serviço na primeira vez que o procurou? Seu primeiro atendimento foi agendado?

4 - Como você ficou sabendo da existência do CAPSad III?

5 - Na sua concepção existem fatores que dificultam o acesso ao serviço?

6 - Você já precisou do serviço e não foi possível seu acesso? Qual a situação? O que foi feito?

- Autonomia:

1 - Você já ouviu falar sobre autonomia? você considera esse recurso importante para seu acompanhamento no serviço?

2 - Em quais atividades dentro e fora do serviço você exerce a sua autonomia?

3 - Há assembleias no serviço? Quem são as pessoas que participam?

4 - Você se sente ouvido no seu processo de tratamento?

5 - Você participa da construção e alterações do seu PTS?

6 - Você escolheu as atividades que você participa no serviço? Como se deu a escolha das atividades?

7 - Quais sugestões você teria para melhoria da autonomia do usuário no seu tratamento? Essa ajuda na adesão ao tratamento?

- Corresponsabilidade:

1 - Como são divididas as responsabilidades pelo tratamento no serviço?

2 - O que você entende por corresponsabilidade?

3 - Você se sente protagonista do seu processo de cuidado no serviço?
VOCÊ participa das decisões? Quando você participa?

4 - Você tem um bom vínculo com seu técnico de referência? você discute com os profissionais seu PTS?

- Portas Abertas:

1 - Você considera o CAPSad III um serviço 24 horas? O acesso ao serviço é livre ou tem horário de funcionamento?

2 - Existe algum critério para entrada no serviço? Se a pessoa estiver sob o uso de alguma substância ela é atendida? O que é feito?

3 - Qual o horário de atendimento para novos usuários do serviço?

4 - Existe horário de atendimento no serviço?

5 - Existe escala de acolhimento para profissionais no serviço?

6 - Na sua concepção a partir do conceito apresentado esse serviço é um serviço que funciona com as portas abertas? Qual sua sugestão para melhoria do acesso as portas abertas?

7 - Você considera importante esse recurso porquê?

8 - Quais o fluxo da pessoa a partir do primeiro atendimento? VOCÊ saiu do primeiro atendimento com alguma atividade agendada?

9 - Há quanto tempo você frequenta o serviço? Qual a sua frequência ao serviço?

10 - O serviço atende crises? você alguma vez deixou de ser atendido por algum profissional em um momento que precisava? Teve seu atendimento agendado?

11 - Você conhece o fluxo do serviço?

- Escuta Qualificada:

1 - O que você entende por escuta qualificada? você a considera importante no seu processo de tratamento?

2 - Você se sente ouvido dentro do serviço pela equipe?

3 - O que poderia ser melhorado com relação a escuta qualificada no serviço? você recebe devolução das suas necessidades quando solicitado?

4 - Quando você necessita conversar com alguém você tem um profissional para conversar com você?

5 - Quais os espaços de escuta do usuário no serviço?

6 - Você consegue identificar fatores que dificultam a escuta qualificada dentro do serviço?

- Integralidade:

1 – Você já ouviu falar dos princípios do SUS?

2 - Você sabe o que é integralidade? Em que espaços ela acontece dentro do serviço?

3 - Você concorda com seu PTS? Você conhece seu PTS?

4 - Você concorda com o conceito lido pela pesquisadora? A partir do conceito apresentado o que falta no CAPSad?