

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Bruna Maria Dantas Caravina

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O ATENDIMENTO DE
MULHERES QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NAS
UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA AP 3.1 NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

2019

Bruna Maria Dantas Caravina

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O ATENDIMENTO DE
MULHERES QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NAS
UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA AP 3.1 NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial
para obtenção do título de mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Orientadora: Maria Cecília de Araújo Carvalho

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

C262p

Caravina, Bruna Maria Dantas

Percepções dos profissionais de saúde sobre o atendimento de mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas nas unidades de atenção primária da AP 3.1 na cidade do Rio de Janeiro / Bruna Maria Dantas Caravina. - Rio de Janeiro, 2019.

88 f.

Orientadora: Maria Cecília de Araújo Carvalho

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

1. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.
2. Álcool. 3. Drogas. 4. Mulheres. 5. Atenção Básica. I. Carvalho, Maria Cecília de Araújo.
- II. Título.

CDD 362.29

Bruna Maria Dantas Caravina

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O ATENDIMENTO DE
MULHERES QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NAS
UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA AP 3.1 NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial
para obtenção do título de mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Aprovada em 26/04/2019

BANCA EXAMINADORA

Dra. Maria Cecília de Araújo Carvalho (FIOCRUZ/EPSJV)

Dra. Márcia Cavalcanti Raposo Lopes (FIOCRUZ/EPSJV)

Dra. Maria Tavares Cavalcanti (UFRJ)

Dedico este trabalho à minha filha, Alice, que trouxe um novo rumo à minha vida com sua chegada e me faz querer ir sempre mais longe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais por todo seu esforço e comprometimento na minha criação, sempre valorizando a importância do estudo em minha vida.

Agradeço as tias Sonia e Vera que foram fundamentais no cuidado com minha filha para que eu pudesse concluir o mestrado.

Agradeço a Instituição EPSJV e seus profissionais pelo respeito e cuidado com seus discentes.

Agradeço a minha turma pela troca riquíssima entre profissionais das mais diversas áreas, pelo apoio nas aulas e por me transmitir força sempre que ela foi necessária.

Agradeço a minha Orientadora Cecília, que foi realmente alguém que acreditou nesse projeto e esteve sempre disponível com uma presença afetiva e interessada para contribuir e aperfeiçoar o trabalho.

Agradeço ao meu marido, que é um parceiro de vida e sempre está ao meu lado.

Agradeço a minha filha, que é meu Norte nessa vida.

*“O oposto do vício não é a sobriedade,
mas sim a conexão”
(Johann Hari)*

RESUMO

Um grande número de pesquisas vem demonstrando a necessidade de estudos mais direcionados às diferenças de gênero nas intervenções e cuidado com os usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas visto que existem diferenças nos padrões e fatores desencadeantes do uso, estigmas e vulnerabilidade e acesso e aderência ao tratamento. O estudo tem como **objetivo** as percepções dos profissionais de saúde da atenção básica da área programática 3.1 sobre o atendimento de mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. A **metodologia** utilizada será uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório utilizando-se como instrumento a entrevista semiestruturada com profissionais de saúde, sobre práticas e concepções a respeito do uso prejudicial de álcool e outras drogas por mulheres. A relevância da pesquisa se dá por reconhecer que as mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas constituem um subgrupo diferenciado, com características e necessidades específicas, tanto para diagnóstico como para tratamento, dentro de um problema de saúde pública e social que é o uso de drogas.

Palavras Chave: álcool, drogas, mulheres, atenção básica

SUMMARY

Many researches have demonstrated the need for more studies focused on gender differences in interventions and care for users who make harmful use of alcohol and other drugs since there are differences in patterns and factors triggering the use, stigma and vulnerability and access and adherence to treatment. The study aims at the perceptions of health professionals of basic care in program area 3.1 on the care of women who makes harmful use of alcohol and other drugs. The **methodology** used will be a qualitative, exploratory research using as an instrument the semi-structured interview with health professionals, about practices and conceptions regarding the harmful use of alcohol and other drugs by women. The relevance of the research is to recognize that women who makes harmful use of alcohol and other drugs constitute a differentiated subgroup, with specific characteristics and needs, both for diagnosis and for treatment, within a public and social health problem that is the use of drugs.

Keywords: alcohol, drugs, women, basic care

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AP - Área Programática
APS - Atenção Primária à Saúde
ASB - Assistente em saúde bucal
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CF - Clínica da Família
CMS - Centros Municipais de Saúde
CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CR – Consultório na Rua
EM – Entrevista Motivacional
ESF - Estratégia de Saúde da Família
ESF - Estratégia Saúde da Família
FIOTEC – Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
IB – Intervenção Breve
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDST/AIDS - Infecções Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
OS - Organização Social
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNASM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RD - Redução de Danos
SNPM - Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres
SPM - Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS - Sistema Único de Saúde
TB - Tuberculose
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIG - Teste Imunológico de Gravidez

TSB - Técnico em saúde bucal

UNODOC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Linha de Ação 3.11. a Promoção da atenção à saúde mental das mulheres com sofrimento mental causado pelo uso de substâncias psicoativas | 26 |
| Figura 2 - Quadro de Indicadores / Incentivos Financeiros OSS | 36 |
| Figura 3 - Distribuição geográfica das equipes no território | 39 |
| Figura 4 - Fluxo de atendimento nas unidades percebido pelos profissionais de saúde | 51 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Classificação de risco em saúde mental para problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas | 24 |
| Tabela 2 - Perfil dos Profissionais por categoria profissional..... | 31 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA | 12 |
| 1. A POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL | 15 |
| 2. A TRANSVERSALIDADE DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS | 25 |
| 3. CENÁRIO DO ESTUDO | 28 |
| 3.1. MÉTODO | 28 |
| 3.2. INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS | 28 |
| 3.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA | 29 |
| 3.4. ASPECTOS ÉTICOS | 31 |
| 3.5. RISCOS E BENEFÍCIOS | 32 |
| 3.6. CENÁRIO DO ESTUDO | 32 |
| 4. PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE | 37 |
| 4.1. APROXIMAÇÃO DO SERVIÇO, DETECÇÃO E REGISTRO DO USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | 38 |
| 4.2. QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL | 42 |
| 4.3. DIFERENÇAS NO USO | 44 |
| 4.4. DIFERENÇAS NO ATENDIMENTO | 47 |
| 4.5. FLUXO DE ATENDIMENTO | 49 |
| 4.6. DEMANDAS E SUGESTÕES | 53 |
| 4.7. SOFRIMENTO DO PROFISSIONAL | 56 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 58 |
| REFERÊNCIAS | 61 |
| APENDICE I - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE | 67 |
| APENDICE II - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS GESTORES | 69 |
| ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENTREVISTAS . | 75 |
| ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE | 75 |
| ANEXO C – CAGE | 75 |
| ANEXO D – AUDIT | 75 |
| ANEXO E – ASSIST | 76 |
| ANEXO F – PAREECER PLATAFORMA BRASIL EPSJV | 78 |
| ANEXO G – PAREECER PLATAFORMA BRASIL SMS/RJ | 82 |
| ANEXO H – RESPOSTA DA SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES | 85 |

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

O uso prejudicial de drogas / substâncias psicoativas é um problema de saúde pública e se apresenta como um grande desafio tanto para as políticas públicas quanto para os sistemas de saúde em todo o mundo. Em 2016, cerca de 29 milhões de pessoas sofriam por transtornos relacionados ao uso de drogas ilícitas, de acordo com a estimativa do *World Drug Report* (UNODOC, 2017).

Um grande número de pesquisas vem a demonstrar a necessidade de estudos mais direcionados às diferenças de gênero nas intervenções e cuidado com os usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ, 2015; GUZMAN; BERTONI, 2014, WAGNER et al, 2007) visto que existem diferenças nos padrões e fatores desencadeantes do uso (MARANGONI; OLIVEIRA, 2014; ESPER, 2013, WOLLE et al, 2011), estigmas e vulnerabilidade (MACEDO; ROSO; LARA, 2015; PARDO, 2009; SUN, 2009; AQUINO, 2007) e acesso e aderência ao tratamento (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ, 2015; GREENFIELD et al, 2007; OLIVEIRA, 2007).

Os achados mais reprodutíveis de estudos com foco em mulheres, mostram que elas apresentam maior vulnerabilidade aos problemas médicos e sociais adversos bem como transtornos decorrentes do uso de substâncias. Pesquisas comprovam que as mulheres avançam mais rapidamente do início do uso para o uso regular e deste para o primeiro episódio de tratamento do que os usuários masculinos no que diz respeito ao uso de álcool, opiáceos e cannabis (GREENFIELD, 2007).

A Pesquisa Nacional Sobre o uso de Crack realizada pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da FIOCRUZ, no ano de 2013, mostrou que em uma amostra de 21.000 usuários de crack, 21,32% eram mulheres e estas se apresentavam em situação de maior vulnerabilidade que os homens: mais de 55% declararam já ter trocado sexo por dinheiro, 40% declararam ter sofrido violência sexual nos últimos 12 meses, 10% estavam grávidas no momento da pesquisa, além de apresentarem maior frequência de uso de pedras por dia de crack que os homens (21 pedras x 13 pedras respectivamente).

Santos (2016) ressalta especificidades nas mulheres como gestação, suscetibilidade a IST's (infecções sexualmente transmissíveis), em geral como HIV/AIDS, bem como a violência a qual elas estão mais vulneráveis, repercutem em um contexto ainda mais complexo para os profissionais de saúde desenvolverem suas práticas e produzir o cuidado.

Segundo as estatísticas mundiais, as mulheres parecem enfrentar mais barreiras ao tratamento que os homens, pois, enquanto elas representam 1/3 dos usuários de drogas, quando se refere ao tratamento elas são apenas 1/5 da totalidade dos pacientes atendidos (UNDOC, 2015). Para Zilberman (1998), as mulheres estão sub-representadas nos serviços especializados e pesquisas sobre drogas devido, entre outras questões, ao estigma social a que estão submetidas.

O percentual de mulheres atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) - é bem inferior ao número de homens (OLIVEIRA et al, 2017; GARCIA et al, 2012; ARAUJO et al, 2012; PEIXOTO, 2010; FARIA, SCHNEIDER; 2009). Dessa forma é possível deduzir, que por serem minoria dos usuários do serviço, o cuidado para essa população é definido prioritariamente a partir dos usuários masculinos. Espinheira (2004) destaca que a tendência à homogeneização dos usuários, como se todos se relacionassem com a droga de uma mesma maneira, tem influência na padronização da atenção/cuidado que é ofertada a eles, com pouca consideração para quaisquer diferenças entre os sexos, sejam elas fisiológicas, psicológicas ou sociais.

Em um artigo que explorava as diferenças de gênero nas características de uso, saúde e uso do serviço no Brasil, Bertoni (2014) destacou que as mulheres buscam tratamentos para o uso de substâncias com menor frequência que os homens, e quando o fazem normalmente acontece por outros tipos de fatores, como, por exemplo, a preocupação com o cuidado com os filhos, o que implica em necessidades diferentes de tratamento. No que se refere à busca dos serviços especializados, no caso das mulheres, o acesso normalmente se efetiva através de encaminhamento de outros dispositivos da rede. Como, por exemplo, os serviços da Política de Assistência Social e serviços da Atenção Básica em saúde, onde as mulheres buscam assistência para situações “socialmente aceitas” como maternidade, pré-natal, exames ginecológicos, acompanhamento dos filhos, vacinação, etc. (BOLZAN, 2015)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) aponta que as questões relacionadas a gênero devem ser respeitadas como um dos determinantes na formulação das políticas públicas por implicarem em um forte impacto nas condições de saúde das mulheres, haja vista a histórica desigualdade entre homens e mulheres. Portanto, ao trabalhar com a categoria gênero, pretendemos ir além das diferenças biológicas entre homens e mulheres, considerando as relações sociais e históricas de poder que explicam essas desigualdades. (SCOTT, 1995). A perspectiva de gênero pode contribuir para a abrangência necessária à integralidade, multidimensionalidade e colaboração entre áreas e profissionais,

assim como para a concepção das intervenções específicas que a complexidade da situação exige (GUZMAN, JIMENEZ, 2012).

Este estudo teve por objetivo conhecer as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica quanto ao atendimento de mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, compreendendo os enfoques e particularidades de gênero, descrevendo a atuação das equipes no atendimento desses casos no território e identificando barreiras e fatores facilitadores ao atendimento da mulher que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas. O estudo pretende contribuir para o planejamento de intervenções mais apropriadas e direcionadas para o público em questão, considerando, dentre tantas particularidades, as diferenças de gênero e o modelo de atenção vigente para reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas no Brasil.

No primeiro capítulo apresentaremos um breve histórico sobre o processo de criminalização e políticas sobre álcool e outras drogas no Brasil e no mundo, atentando para a mudança de paradigma no entendimento da saúde pública no que diz respeito ao cuidado com usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, o papel da atenção básica nesse processo. No segundo capítulo discutiremos a transversalidade de gênero nas políticas públicas e sua importância no que se refere também as políticas de drogas. No terceiro capítulo são trazidas informações sobre a metodologia e cenário da pesquisa. No quarto capítulo são analisadas as entrevistas com gestores e profissionais da CF Victor Valla e do CSE Germano Sinval Faria, localizados na AP 3.1. As categorias utilizadas na análise foram aproximação do serviço, detecção e registro, qualificação profissional, diferenças no uso, diferenças no atendimento, fluxo de atendimento, demandas e sugestões e sofrimento profissional.

1. A POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL

O uso de substâncias psicoativas esteve presente desde os primórdios da história da humanidade, em diversas sociedades e culturas. Eram utilizadas em diferentes contextos e com finalidades distintas como em rituais de magia, associados a alguma festividade religiosa, com fins medicinais ou simplesmente em busca de prazer. De acordo com a definição da OMS são consideradas drogas quaisquer substâncias não produzidas pelo organismo que tem propriedade de atuar sobre seu sistema, produzindo alterações no seu funcionamento (OMS, 1994).

Os primeiros registros de legislações proibindo o uso dessas substâncias acontecem no século 20, e como exemplo, podemos citar a Lei Seca, de 1920, nos Estados Unidos, que proibiu a produção, transporte e comercialização de bebidas alcoólicas. A Lei foi abolida 13 anos mais tarde ao ter sido considerada ineficaz, pois além de ter incentivado a produção e comércio ilegal de bebidas, foi responsável pela consolidação do crime organizado que controlava destilarias e bares no país. Outro marco foi a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, patrocinada e sediada nos Estados Unidos que implantou globalmente o paradigma proibicionista que modulou o entendimento contemporâneo de substâncias psicoativas, quando estabeleceu a criação de limites arbitrários para uso de drogas legais/positivas e ilegais/negativas (FIORE, 2012). Segundo Fiore, diversas foram as motivações para a emergência da política proibicionista, entre elas a radicalização política do puritanismo norte americano, o interesse da nascente indústria médico-farmacêutica pela monopolização da produção das drogas, os novos conflitos geopolíticos do século XX e o clamor das elites assustadas com a desordem local.

No que tange as políticas sobre drogas brasileiras, o país, é signatário desses acordos internacionais, que criminalizavam o uso, produção e comercialização de drogas. O proibicionismo é citado por diversos autores críticos desse modelo como uma política que provocou aumento das atividades ilícitas ligadas ao tráfico de substâncias, a intensificação da violência e o aumento do número de usuários de substâncias psicoativas, incluindo jovens e crianças, além de gastos exorbitantes por parte dos Estados para suprir os gastos de forças militares nessa guerra às drogas.

Em 2006, com a promulgação no Brasil da Lei 11.343, conhecida como Lei das Drogas, substituiu-se a pena de prisão para o consumidor de substâncias ilícitas por penalidades mais leves, como advertência verbal ou prestação de serviços públicos. Substituir

o processo criminal contra os usuários por penas alternativas é passo importante dado por países no objetivo de lidar com o consumo de drogas no âmbito da saúde pública, uma forma mais eficaz e humana de enfrentar a situação, pois, descriminalizar permite que os usuários com problemas relacionados ao uso de drogas possam acessar os serviços de saúde sem que se sintam ameaçados de prisão. Além disso, a descriminalização atua como fator importante na redução do encarceramento de pessoas não violentas, reduzindo o custo da justiça e protegendo os usuários e as suas famílias.

A lei 11.343/2006 também instituiu a “redução de riscos e dos danos associados ao uso de drogas como atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares”. A Redução de Danos (RD) foi uma importante mudança de paradigma no que se refere ao tratamento de usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas visto que o foco do tratamento se modificou de uma busca por abstinência para, segundo Alarcon (2014), um conjunto de medidas estratégicas que visam prevenir as consequências do uso prejudicial de substâncias psicoativas, recuperar a saúde daqueles já acometidos e promover a saúde como qualidade de vida. A RD defende a diminuição dos comportamentos de risco e vulnerabilidades relacionadas ao uso de substâncias psicoativas respeitando o direito individual dos usuários que não desejam ou não conseguem abandonar o seu consumo:

Redução de Danos não é um conceito de consenso na literatura ou entre os técnicos que o operacionalizam; entretanto, é de fácil definição a partir de suas práticas: trata-se de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias. (ANDRADE, 2004)

A Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas (Brasil, 2004) já havia instituído a Redução de Danos como estratégia da saúde pública, promovendo a atenção a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas em comunidade e em associação da rede de saúde com outros equipamentos, como de educação, de trabalho, de promoção social, etc. Esta política ratifica os princípios da Reforma Psiquiátrica no sentido de valorizar o território na questão do cuidado em saúde mental, que se torna parte de uma rede de saúde na qual a Atenção Básica desempenha o papel de porta de entrada para os usuários nos serviços, constituindo-se, portanto, de importante espaço para identificação, prevenção, intervenção e/ou encaminhamento para os serviços especializados em problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. De acordo com a portaria 3088/11 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da qual a Atenção Básica em saúde faz parte, são diretrizes da rede, entre outras:

- Promover a equidade,
- Garantir acesso e qualidade dos serviços,
- Ofertar cuidado integral e assistência multiprofissional, atenção humanizada e centrada na necessidade das pessoas,
- Desenvolver estratégias de redução de danos,
- Promover estratégias de educação permanente,
- Desenvolver a lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Além disso, consta como objetivo da RAPS garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Em 2011, a partir da Portaria 122/2011 instituiu-se o Consultório na Rua como uma equipe multiprofissional capaz de viabilizar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, atuando na redução de riscos e vulnerabilidades, atuando de forma itinerante no território podendo fazer uso das Unidades Básicas de Saúde quando houver necessidade. As equipes de consultório na rua passam a partir de então a integrar o componente da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial

Segundo Graever (2013), a literatura mundial assegura a eficácia do papel da APS no cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e recomenda aos profissionais da atenção primária efetuar o rastreamento e a intervenção breve aos pacientes, bem como encaminhá-lo ao serviço especializado em casos de usuários que fazem uso prejudicial compartilhando com o serviço o cuidado com esse indivíduo.

Dentre os manuais e guias que orientam o trabalho da Atenção Primária em Saúde na prevenção, detecção e tratamento, podemos citar o Manual de Intervenção para Transtornos Mentais e Neurológicos por uso de Álcool e Outras Drogas na Rede de Atenção Básica à Saúde publicado pela OMS em 2010, o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental lançado pelo Ministério da Saúde em 2011 e mais próximo do nosso campo de estudo o **Guia de Referência Rápida Álcool e Outras Drogas na Cidade do Rio de Janeiro**, publicado em 2016 pela Prefeitura da pela Secretaria Municipal de Saúde.

O Guia de Referência Rápida Álcool e Outras Drogas, assim como os demais documentos citados acima, afirma a posição estratégica da Atenção Primária à Saúde na abordagem precoce do uso de álcool e outras drogas e salientando a importância do guia

devido lacuna na formação dos profissionais de saúde no atendimento desses usuários e seus familiares de forma a aumentar a resolutividade na APS:

Um elemento comum é o relato dos profissionais de saúde de que não aparecem muitos usuários de drogas nos serviços. Porém, quando questionados se investigam o uso de álcool e outras drogas por seus pacientes, percebe-se que a maioria não inclui essas questões em suas consultas. Ainda existe medo ou inibição dos profissionais em tratar desse tema, por se considerarem despreparados, por tabu, por se tratar de algo comumente relacionado à ilegalidade ou por preconceito mediante a temática. (RIO DE JANEIRO, 2006)

O Guia orienta sobre a atuação dos profissionais de saúde respeitando as necessidades e preferências individuais dos usuários do serviço no que diz respeito ao seu cuidado e recomenda que sempre que possível é interessante incluir a família e cuidadores nas decisões sobre o projeto terapêutico individual. Orienta ainda sobre a possibilidade de manejo dos casos relacionados ao uso de álcool e outras em conjunto com os Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF) e, em casos mais complexos, referenciando a outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cabendo a APS o compartilhamento e a coordenação do cuidado. Cita também como atribuições da APS:

- Ações de promoção à saúde voltadas para a qualidade de vida e (re)inserção social destes sujeitos, com articulação intersetorial;
- Prevenção do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas, através de ações de educação em saúde comunitária e nas escolas;
- Rastreamento e detecção precoce de tais situações na população sob seu cuidado;
- Vigilância dos casos da área adscrita, através do uso de sistemas de informação que consolidem os dados relacionados ao cuidado destes indivíduos e suas famílias, tornando possível seu monitoramento e continuidade.
- Atendimento às pessoas que procurem a unidade de saúde por problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, durante todo o seu horário de funcionamento, para avaliação e seguimento, em conjunto com o sujeito;
- Manejo de casos AD pela equipe de saúde através de técnicas sabidamente eficazes como a Abordagem Motivacional e Intervenção Breve, a partir da lógica da Redução de Danos, passíveis de utilização por todos os membros da equipe;

- Articulação com profissionais do NASF, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e demais pontos da RAPS, ampliando as possibilidades de cuidado e resolutividade da equipe;
- Tratamento para desintoxicação alcoólica prevista na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde aos indivíduos em que haja indicação;
- Atendimento voltado para outros problemas de saúde nessa população;
- Abordagem familiar em casos de problemas com álcool e outras drogas, com suporte às famílias envolvidas;
- Referência de casos de maior gravidade com implicações clínicas ou alto risco de abstinência severa, para leitos de internação em hospitais gerais, mantendo cuidado compartilhado.

Uma informação importante alertada pelo guia e que será levada em consideração na pesquisa de campo é o papel da equipe de saúde bucal no atendimento das urgências odontológicas como importante ator na construção e fortalecimento de vínculos que podem auxiliar no objetivo de um cuidado ampliado das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

O texto da Secretaria Municipal de Saúde também sugere, que para casos de usuários dependentes químicos que se recusem a ir nos serviços especializados por já possuírem um vínculo na UBS, seja feita a discussão do Projeto Terapêutico Singular – PTS na APS com supervisão dos matriciadores e nos casos mais complexos discutir o caso no apoio matricial dos profissionais de saúde mental de forma conjunta com as equipes de saúde mental do território.

Dentre as técnicas de manejo dos casos listadas no guia, citaremos abaixo sobre o Aconselhamento em Redução de Danos, a Intervenção Breve (IB), Entrevista Motivacional, os Grupos na Atenção Primária à Saúde e a Abordagem Familiar por considerarmos serem de grande importância no reconhecimento do objetivo desta pesquisa.

1. Aconselhamento em Redução de Danos

Trata-se de uma prática educacional, normalmente acontece nas cenas de uso de álcool e outras drogas, como por exemplo bares, praças e ruas buscando "incentivar o acesso desta população aos serviços de saúde, quebrar barreiras e construir vínculos, conseqüentemente, trabalhando no fortalecimento da cidadania." (RIO DE JANEIRO, 2016)

Os profissionais de saúde devem aconselhar sobre alternativas para uma vida mais saudável mesmo para os usuários que não desejem interromper o uso de drogas. Avaliar também, a percepção de autocuidado desses indivíduos auxiliando-os a se reconhecerem e buscarem alternativas condizentes com sua realidade no intuito de alcançar melhores condições de saúde.

2. Intervenção Breve (IB)

A Intervenção Breve é uma técnica que pode de ser utilizada por todos os profissionais da APS, incluindo os do NASF, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente. Trata-se de uma intervenção objetiva, com tempo determinado e focada na autonomia das pessoas. Espera-se alcançar uma proposta de autocuidado, com identificação de situações de risco e estratégias para evitar padrões prejudiciais do uso de álcool e outras drogas, trabalhando a partir da informação e conscientização do uso.

São passos da IB:

- **Avaliação do uso de substâncias e devolutiva para o paciente:** verificação do padrão de uso através de instrumentos padronizados: **CAGE** (Anexo C) quando se tratar de usuário de álcool e **AUDIT** (Anexo D) e **ASSIST** (Anexo E), para álcool e outras drogas. Ao fim das avaliações, é importante oferecer um retorno ao paciente para que ele possa refletir sobre sua relação de uso de drogas e suas consequências.

- **Responsabilidades e metas: devolutiva e negociação conforme padrão de uso encontrado no primeiro passo.** Nesse processo o paciente se responsabiliza pelas escolhas e suas possíveis implicações. O papel do profissional de saúde nesse momento deve ser de auxiliar na definição de metas de mudança de comportamentos, fazendo com que o usuário do serviço possa se comprometer na busca de soluções das mudanças que devem ser realizadas no processo do autocuidado.

- **Aconselhamento:** é importante fornecer informações claras e livres de preconceito relacionadas aos riscos do uso das substâncias, além da vinculação dos problemas

atuais vivenciados e o padrão de uso. O pedido de exames clínicos nessa fase auxilia a tornar mais evidentes os efeitos no corpo do uso abusivo ou dependência.

- **Estratégias para mudança de comportamento:** identificação das situações de uso, fatores motivacionais que favorecem o consumo, pensando-se em mudanças de práticas e rotinas.
- **Empatia:** disponibilidade para ouvir sem confronto ou agressividade em relação a pessoa que faz uso de álcool ou drogas, de maneira a fortalecer o vínculo, que é muito importante nesse processo.
- **Auto eficácia:** fase onde se foca nos resultados já disponíveis e na habilidade do indivíduo em mudar seu comportamento, de forma a manter a motivação no processo de mudança.

3. Entrevista motivacional.

É uma técnica que pode ser utilizada por qualquer profissional de saúde e que leva em consideração a motivação para mudança de comportamento do usuário. Entendendo-se motivação como um estado de prontidão para a mudança, prontidão esta que se altera ao longo do tempo e pode ser influenciada por uma outra pessoa.

Inicia-se o processo avaliando o estágio motivacional que o paciente se encontra e essa definição é importante para a definição do PTS, bem como a criação e manutenção de vínculo por todo o processo. São 5 os estágios motivacionais:

- 1ª Fase: **PRÉ-CONTEMPLAÇÃO** – nessa fase a pessoa não se reconhece com um problema e não estão nem pensando nem predispostos a modificar os comportamentos. Nesse estágio é importante fazer uso de instrumentos (GAGE, AUDIT, ASSIST) para fornecer informações que possam alertá-los sobre seu nível de uso/abuso.

O sujeito não identifica que está com problema A maioria das pessoas atendidas na Atenção Primária está neste estágio, ou seja, não está pensando na possibilidade de mudança no momento do atendimento. Os indivíduos não estão dispostos a mudar o comportamento, porém estão abertos a receber informações sobre o risco associado ao seu nível e modo de consumo.

- 2ª Fase: CONTEMPLAÇÃO – nessa fase a pessoa já reconhece que tem um problema, mas ainda não está disposta a mudar, apresentando-se em um estado conhecido como AMBIVALÊNCIA, que significa que apresenta sentimentos contraditórios em relação a mudança de comportamento, hora considerando e hora rejeitando a ideia, tendo clareza das vantagens e desvantagens do uso. Além de fornecer informações relacionadas ao uso, nessa fase os profissionais de saúde podem orientar os pacientes com sugestões sobre estratégia de diminuição ou interrupção do uso, além de encorajá-los a pensarem nas vantagens e desvantagens da sua relação de uso com as substâncias.
- 3ª fase: PREPARAÇÃO – nesta fase, a pessoa já planeja a mudança de comportamento pois reconhece os problemas relacionados ao seu uso de álcool ou drogas. É importante nesse estágio que os profissionais de saúde possam, de forma conjunta com o paciente, produzir um plano para a mudança, identificando as situações de risco e desenvolvendo estratégias de enfrentamento e alternativas comportamentais.
- 4ª Fase: AÇÃO - nesta fase, a pessoa já está atuando de acordo com as estratégias de enfrentamento e alternativas comportamentais planejadas. Nesse estágio pode se considerar envolver a família no processo, considerar o uso de farmacoterapia e outros recursos e valorizar as pequenas conquistas.
- 5ª Fase: MANUTENÇÃO – o objetivo dessa fase é manter a motivação para evitar recaídas. É importante nesse estágio encorajar o paciente na manutenção de mudança, encaminhar para grupos de auto ajuda ou outros e reforçar as estratégias. Os profissionais precisam estar disponíveis para ajudar o paciente a lidar com a recaída, caso ela ocorra.

2. Grupos na Atenção Primária à Saúde

Os grupos na APS são considerados importantes ferramentas socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes, construção de projetos coletivos e transformações subjetivas. Mas para alcançar o objetivo não deve ser um espaço prescritivo, onde se valoriza apenas o saber médico, e sim combinar esse saber com o da pessoa com problemas relativos ao uso de álcool e outras drogas, dando espaço para o empoderamento e participação auxiliando nas mudanças de estilo de vida e relações interpessoais.

3. Abordagem familiar

Nesse tipo de intervenção é recomendado avaliar e compreender a família de forma integral e sistêmica, sempre em seu contexto comunitário. É comum, a família solicitar ajuda da equipe de saúde para o cuidado de um dos membros da família que tem uma relação de abuso ou dependência com álcool ou outras drogas e não frequenta o serviço de saúde, nesses casos é possível lançar mão da visita domiciliar como possibilidade de acesso e construção de vínculo e confiança com esses indivíduos.

Algumas recomendações citadas no guia para o manejo dos casos na abordagem familiar:

- Evitar julgamentos e preconceitos.
- Acionar a família e a comunidade em caso de não frequência de paciente em tratamento.
- Oferecer atendimento também aos familiares, em conjunto com o usuário ou não.
- garantir espaços coletivos para cuidadores e familiares, incluindo as pessoas com problemas relacionados ao uso álcool e outras drogas, ou sugerir participação em grupos comunitários tais como AA ou AL-ANON e Rodas de Terapia Comunitária.
- Priorizar visitas mais imediatas às famílias em situação de vulnerabilidade e com mais dificuldades psicossociais;
- Construir, junto com a família, alternativas de mudança e de promoção dos cuidados familiares.
- Reconhecer e valorizar os saberes e os recursos encontrados pela família na convivência diária com a pessoa com problemas devido o consumo de álcool e outras drogas.

Outra importante informação presente no guia é a classificação de risco em saúde mental para problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, adaptado do Protocolo para Atenção à Demanda Espontânea de Pessoas em Sofrimento Mental nos Serviços de Atenção Primária à Saúde (RIO DE JANEIRO, 2011), que visam auxiliar a classificação de risco e orientar sobre possíveis encaminhamentos para os pacientes:

| | |
|---|--|
| <p>Prioridade Vermelha: Atendimento Imediato</p> <p>Sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usuário com agitação psicomotora extrema, confusão mental, desorientação, apatia, letargismo, mutismos, maneirismo, com sinais de intoxicação alcoólica ou de outras drogas psicoativas. • Alteração do comportamento com risco imediato de violência. Possível distúrbio metabólico decorrente de doença orgânica ou intoxicação. • Tentativa de suicídio recente com persistência de ideação. | <p>Prioridade Amarela: Paciente deve ser avaliado no mesmo dia, podendo esperar.</p> <p>Sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitação menos intensa, porém consciente. Estado de pânico. • Potencialmente agressivo, alucinação, delírio, desorientação, vítimas de abusos sexuais, depressão grave, egresso de internação psiquiátrica, ideação suicida, porém acompanhado de familiar. |
| <p>Prioridade Verde - Paciente deve ser avaliado no mesmo dia (pois pode evoluir para situações de maior gravidade).</p> <p>Sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamentos suicidas. Gesticulando muito, mas não agitado. Sem risco imediato para si ou outrem. • Uso abusivo de álcool e outras drogas. • Depressão moderada. | <p>Prioridade Azul - Agendar consulta em até 15 dias</p> <p>Sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depressão leve, impulsividade, insônia, ansiedade, estado mental normal. • Usuários crônicos de benzodiazepínicos. • Quadros estáveis de transtornos mentais. • Casos brandos de álcool de outras drogas. <p>(RIO DE JANEIRO,2016)</p> |

Tabela 1 - Classificação de risco em saúde mental para problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

2. A TRANSVERSALIDADE DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

É através das políticas públicas que o Estado interage sobre os segmentos da sociedade, no intuito de interferir de forma positiva na realidade de vida desses indivíduos ou segmentos sociais. Segundo, Bandeira (2013), historicamente, as políticas públicas vêm sendo construídas por uma elite política de homens brancos, com alto grau de instrução, renda e inserção social.

A saúde já era uma agenda desde o movimento feminista da década de 70. Durante o processo de redemocratização brasileira amplia-se a discussão desses temas, conforme afirma Santos (2005):

A partir de meados da década de 1980, observou-se um crescente sentimento de democratização do país com a organização de movimentos sociais, como o movimento feminista. As mulheres passaram a expor suas reivindicações: direito à procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, discriminação do aborto, democratização da educação para a saúde e outras medidas entendidas na esfera da saúde pública e não do ato médico (Santos, 2006).

Como resultado dessas reivindicações do movimento feminista e de profissionais de saúde do movimento sanitário, o Ministério da Saúde lança em 1984 o Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher - PAISM, que contemplava: ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984). A criação do PAISM rompe com uma lógica de assistência focada apenas na mulher como reprodutora para uma atenção integral.

No Brasil, é criada em 2003 a Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (SNPM) ligada Secretária de Governo da Presidência da República com o objetivo, segundo a Lei nº12.314/2010 de formular, coordenar e articular políticas para as mulheres com o objetivo de promover a igualdade entre homens e mulheres e o combate à discriminação. Durante o primeiro governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva foi transferida da então Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, vinculada ao Ministério da Justiça, para a Presidência da República, tornando-se a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) com o objetivo de promover a transversalidade de gênero em todas as Políticas do Governo

Federal, promovendo a igualdade de gênero e combatendo a discriminação contra as mulheres.

Dentre suas contribuições, a SPM ficou responsável pela regulamentação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), contribuiu para a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher –PNAISM (2004) participou da elaboração da proposta da Lei Maria da Penha (2007), programas para as áreas de saúde, educação, cultura, além de incluir as mulheres como beneficiárias de outras políticas de governo, como o Bolsa Família, o Minha Casa Minha Vida e até mesmo no Plano de Aceleração do Crescimento, no governo Dilma, com o investimento em novas creches pelo país. A Secretaria também influenciou a criação de outras secretarias para mulheres nas esferas estaduais e municipais, como no caso da cidade do Rio de Janeiro que teve a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres decretada em janeiro de 2013.

A SPM realizou, até o ano de 2016, quatro Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (2004, 2007, 2011 e 2016) No Plano Nacional de Políticas para as Mulheres dos anos de 2013 a 2015, da Secretaria de Políticas para as Mulheres, consta como a Linha de Ação 3.11. a Promoção da atenção à saúde mental das mulheres com sofrimento mental causado pelo uso de substâncias psicoativas (álcool, crack e outras drogas, agrotóxicos).

| Ações | Órgão responsável | Parceiros | PPA Objetivo/ Meta ou Iniciativa |
|--|-------------------|-----------|---|
| 3.11.1. Fomentar estudos e pesquisas que avaliem a correlação de desigualdades de gênero, raça/cor, classe social, com os diversos padrões de uso de substâncias psicoativas. | MS, SPM | SDH | 0727/02TE 0718/02RE 0715/02QS |
| 3.11.2. Implantar na rede de atenção psicossocial (atenção básica, centros de atenção psicossocial, unidades de acolhimento, leitos de saúde mental em hospital geral) estratégias de cuidado que considerem a determinação de gênero no sofrimento mental causado pelo uso de substâncias psicoativas. | MS | - | 0718/02RE 0715/02QS |
| 3.11.3. Elaborar estratégias de educação permanente para profissionais da rede de saúde mental, matriciadores e profissionais dos Nasfs (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) que abordem como as desigualdades de gênero, raça/cor, classe social, podem ser determinantes no sofrimento mental causado pelo uso de substâncias psicoativas (álcool, crack, agrotóxicos etc), na perspectiva de inserção das mulheres usuárias de crack e outras drogas na rede de serviços de saúde garantindo acesso e continuidade do cuidado a partir da Atenção Básica. | MS | Funai/MJ | 0721/02RT 0718/02RE 0715/02QS 0948/- 0952/- |

Figura 1 - Linha de Ação 3.11. a Promoção da atenção à saúde mental das mulheres com sofrimento mental causado pelo uso de substâncias psicoativas.

Em consulta ao site da Secretaria não encontramos nenhum documento ou matérias que fizessem referência a essa linha de ação. Solicitamos, portanto, esclarecimento quanto as atividades existentes através do portal de Acesso à Informação do Governo Federal no dia 22 de janeiro de 2018, tendo recebido retorno através do site em 26 de fevereiro de 2018.

A resposta (ANEXO H), redigida pela própria Secretaria de Políticas para Mulheres, destaca a importância de qualificar os profissionais de saúde, em especial os da Atenção Básica, sobre o tema. As equipes da atenção básica podem solicitar, caso necessário, o apoio matricial dos profissionais de Saúde Mental, por intermédio dos NASF, equipes de Consultório na Rua e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial do município. Alguns casos considerados mais graves, que precisem de um cuidado intensivo, devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sejam CAPS Álcool e outras Drogas ou não, conforme a rede existente, ou outros serviços de referência em Saúde Mental do município ou da região de saúde.

A resposta da SPM também fazia referência a Nota Técnica Conjunta do Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social 001/2016 -Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool, crack ou outras drogas e seus filhos recém-nascidos, escrita conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério de Desenvolvimento Social, que dá orientações para gestores e profissionais de saúde e de assistência social sobre possibilidades para prestar atenção integral e não violadora de direitos a esse público, efetivando a autonomia da mulher e garantindo o direito à convivência familiar e comunitária a ela e ao recém-nascido.

No que diz respeito ao uso prejudicial de álcool e outras drogas por mulheres, diversos estudos reconhecem que elas constituem subgrupo diferenciado, com características e necessidades específicas, tanto para diagnóstico como para tratamento. Portanto, consideramos a importância da representatividade nas pesquisas também como forma de tratar das desigualdades e das distintas experiências sociais vividas por essas mulheres.

3. CENÁRIO DO ESTUDO

3.1. MÉTODO

Com o objetivo de compreender as estratégias de cuidado com os pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas nas unidades selecionadas, a metodologia utilizada será uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, utilizando-se o estudo de caso para pesquisa de campo. Segundo Lakatos (2001), método é um conjunto de atividades sistemáticas e racionais que promovem o alcance dos objetivos, traçando o caminho a ser trilhado, detectando possíveis erros e reforçando as tomadas de decisões do pesquisador. Para Minayo (2006, p, 23) é intenção da pesquisa qualitativa

- a) compreender a lógica interna dos grupos, instituições e atores quanto a valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos;
- b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais;
- c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais.

3.2. INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS

Para o alcance dos objetivos propostos foram utilizados os seguintes procedimentos metodológicos:

- Pesquisa bibliográfica e documental

Pesquisa bibliográfica e documental de artigos e livros relacionados ao tema do uso de álcool e outras drogas e gênero, além da análise de Políticas e legislação e dados consolidados do Sistema de Saúde referentes a essa temática.

- Entrevista semiestruturada

Entrevista semiestruturada com profissionais de saúde e gestor da unidade sobre práticas de cuidado, estratégias e concepções a respeito do uso prejudicial de álcool e outras drogas. A entrevista semiestruturada constitui-se de um roteiro de perguntas previamente desenvolvido, mas que permite inclusão de novos questionamentos durante a realização do trabalho em campo caso seja necessário.

Foram elaborados dois roteiros de entrevista: um, próprio para os profissionais de saúde (APENDICE I), contendo 15 questões sobre o atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, em especial as mulheres e outro para o gestor (APENDICE II) de cada unidade composto por 5 questões relativas a estratégia e organização do cuidado direcionado a essas pessoas.

Os roteiros elaborados para a entrevista foram divididos em duas partes, sendo que a primeira parte é relativa aos dados de identificação do profissional. As entrevistas serão realizadas individualmente pela própria pesquisadora em espaço reservado na unidade de saúde e serão gravadas e transcritas posteriormente. Serão tomados todos os procedimentos para se garantir o anonimato do entrevistado

A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a fevereiro, com duração aproximada de 18 minutos por entrevistado.

. A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro.

3.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde, independentemente do nível de formação dos mesmos, que atuam no atendimento aos usuários do serviço das unidades de saúde apresentadas no item 2.5 Cenário de Estudo. A inclusão e a escolha dos profissionais que participaram do estudo dependeu da disponibilidade dos mesmos durante o desenvolvimento da pesquisa de campo e do tempo mínimo de 6 meses de atuação no serviço.

Antes do início das entrevistas, foi realizado contato prévio com a coordenação de área (CAP 3.1), com o Centro de Pesquisas do CSE Germano Sinval Faria e com as Gestoras das respectivas unidades para apresentar rapidamente a pesquisa e convidar os profissionais de saúde. A coleta de material para estudo foi realizada com a utilização de entrevistas semiestruturadas realizadas em concordância com o gestor da Unidade.

A Tabela abaixo apresenta o perfil dos profissionais por categoria profissional de acordo com o tempo de formação acadêmica, tempo de experiência na Estratégia de SF e formação profissional.

| Unidade | Categoria Profissional | Tempo na Unidade | Formação |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------|
| CSE Germano Silval Faria | Enfermeira/Gestora da Unidade | 8 anos | Pós Graduação |
| | Médico | 2 anos | Pós Graduação |
| | Enfermeira | 8 anos | Pós Graduação |
| | Médico | 2 anos | Pós Graduação |
| | Enfermeira | 6 anos | Pós Graduação |
| | ACS | 9 anos | Ensino Médio |
| | Residente em Saúde Coletiva | 6 meses | Pós Graduação |
| | Médico Psiquiatra | 4 anos | Pós Graduação |
| | Técnico em Enfermagem | 18 anos | Superior Incompleto |
| | ACS | 14 anos | Ensino Médio |
| | Técnico em Enfermagem | 24 anos | Ensino Médio |
| | Técnico em Enfermagem | 7 anos | Ensino Médio |
| | Dentista | 8 anos | Superior |
| | Auxiliar de Saúde Bucal | 7 anos | Ensino Médio |
| ACS | 14 anos | Ensino Médio | |
| CF Victor Valla | Enfermeira/Gestora da Unidade | 8 anos | Pós Graduação |
| | ACS | 5 anos | Ensino Médio |
| | ACS | 2 anos | Ensino Médio |
| | Técnico em Enfermagem | 5 anos | Ensino Médio |
| | ACS | 7 anos | Ensino Médio |
| | Técnico em Enfermagem | 4 anos | Ensino Médio |
| | Técnico em Enfermagem | 18 anos | Ensino Médio |
| | Agente de Ação Social | 9 anos | Ensino Médio |
| | Dentista | 6 anos | Superior |
| | Psicóloga | 5 anos | Pós Graduação |
| | Agente de Ação Social | 8 anos | Ensino Médio |
| | Médico | 3 anos | Pós Graduação |

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------|---------------|
| | Enfermeira | 1 ano e 6 meses | Pós Graduação |
| | Residente em Medicina | 1 ano | Pós Graduação |
| | Enfermeiro | 13 anos | Pós Graduação |

Tabela 2 - Perfil dos Profissionais por categoria profissional.

No total foram entrevistados 30 profissionais de saúde., entre eles:

- 2 gestoras
- 4 enfermeiros
- 2 residentes
- 5 médicos (1 psiquiatra)
- 2 dentistas
- 1 psicóloga
- 6 agentes comunitários de saúde
- 2 agentes de ação social
- 1 auxiliar de saúde bucal
- 6 técnicos em enfermagem

As gestoras possuem formação acadêmica na área de Enfermagem. A maioria dos profissionais de saúde entrevistados possuem mais de 5 anos de atuação nas respectivas unidades.

Todos os profissionais entrevistados possuem formação mínima do Ensino Médio. Apenas 1 dos agentes comunitários de saúde possuía formação técnica específica. Quanto aos profissionais de nível superior, quase em sua totalidade possuem pós graduação, nas diferentes formações: em Saúde da Família, Saúde Pública e Saúde Coletiva e/ou especialização específica do seu campo de atuação.

Todos os profissionais de saúde entrevistados relataram ter conhecimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas como usuários do serviço.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

A proposta deste estudo foi submetida à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), além do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro. A mesma foi aprovada

pelo Comitê da EPSJV em 17 de outubro de 2018 (Anexo F) e pelo Comitê da SMS/RJ em 21 de dezembro de 2018 (Anexo G).

De acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde todos os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A e B).

3.5. RISCOS E BENEFÍCIOS

Os riscos associados a essa pesquisa são de origem psicológica participantes: a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; estresse; quebra de sigilo; cansaço ao responder às perguntas; e quebra de anonimato. Serão tomadas todas as medidas possíveis para mitigar os riscos e de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde todos os participantes serão convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Faz-se de suma importância esclarecer a todos os envolvidos que o sigilo será mantido ao realizar as entrevistas por envolver questões éticas envolvidas.

O estudo pretende contribuir para o planejamento de intervenções mais apropriadas e direcionadas para o público em questão, considerando, dentre tantas particularidades, as diferenças de gênero e o modelo de atenção vigente para reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas no Brasil.

3.6. CENÁRIO DO ESTUDO

A cidade do Rio de Janeiro está dividida em trinta e três regiões administrativas que compreendem seus 160 bairros (IBGE, 2010). Para a gestão e organização do sistema de saúde, a cidade se divide, desde 1993, em dez Áreas de Planejamento (AP.), que contam cada uma com uma estrutura gerencial própria, as Coordenadorias de Áreas de Planejamento (C.A.P).

As áreas de planejamentos (AP) da saúde no município são: AP 1.0 (centro e adjacências), AP 2.1 (Zona Sul), AP 2.2 (grande Tijuca), AP 3.1 (zona da Leopoldina e Ilha do Governador), AP 3.2 (grande Méier), AP 3.3 (região de Madureira e adjacências), AP 4.0 (região de Jacarepaguá e adjacências), AP 5.1 (região de Bangu e adjacências), AP 5.2 (região de Campo Grande e adjacências) e AP 5.3 (região de Santa Cruz e Sepetiba).

A AP 3.1, objeto deste estudo, é composta de seis Regiões Administrativas e possui 28 bairros, que totalizam, conforme o último Censo Demográfico do IBGE (2010), 886.551 habitantes (sendo 422.277 homens e 464.271 mulheres) Segundo dados do Instituto Pereira Passos (2004), essa região possui um dos piores índices do IDH do município do Rio de Janeiro: Manguinhos (0,726), Complexo da Maré (0,722), Complexo do Alemão (0,711).

Segundo informações socioeconômicas (Censo IBGE, 2010), um terço dos domicílios da área apresenta responsável com renda até um salário mínimo e uma taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos maior do que a média municipal.

A AP 3.1 é marcada pela heterogeneidade entre os bairros e comunidades, alguns apresentando melhores condições de vida que outros, como o Jardim Guanabara na Ilha do Governador, mas todos convivendo com os problemas típicos das grandes metrópoles brasileiras, como a violência e a criminalidade, dificuldades e diferenças no acesso e consumo de serviços de saúde, superpopulação, pobreza, desigualdades sociais, grandes áreas com fragilidades urbanas (saneamento, transporte, precárias condições habitacionais, crescimento desorganizado, etc.), carência de áreas verdes e espaços culturais, esportivos e de lazer.

A rede de estabelecimentos de saúde municipais da A.P. 3.1 é composta por 10 Clínicas da Família (CF), 18 Centros Municipais de Saúde (CMS), 02 Policlínicas, 02 Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), 6 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II Ernesto Nazareth, CAPSII Fernando Diniz, CAPS III João Ferreira; CAPSi Visconde de Sabugosa e CAPS Álcool e Drogas Miriam Makeba, CAPS II Carlos Augusto da Silva 'Magal') e 2 hospitais municipais.

Na cidade do Rio de Janeiro existem, atualmente, três tipos de unidades de APS: Clínicas da Família (Unidades A), Centros Municipais de Saúde com Estratégia Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde tradicional (unidades B) e Policlínicas ou Centro Municipais de Saúde sem ESF (unidades C). Essas unidades diferem entre si quanto aos modelos de atenção.

Os profissionais de saúde são contratados por CLT através das Organizações Sociais (OSS) que atuam no território: FIOTEC e Viva Rio e dividem espaço com servidores públicos cujo trabalho está sob responsabilidade da administração pública direta.

As unidades de análise no estudo de caso desta pesquisa serão a Clínica da Família Victor Valla e o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria situados na área programática 3.1 na cidade do Rio de Janeiro. A Clínica Victor Valla é única no território que possui uma equipe de Consultório na Rua, o que amplia o nosso alcance a profissionais de saúde que

lidam com a temática de álcool e outras drogas. As 2 unidades fazem parte de um projeto conhecido como Teias Escola Manguinhos, que é desenvolvido através de parceria entre a Fiocruz, o Governo do Estado do Rio de Janeiro e a Secretaria Municipal de Saúde, cujo objetivo é gerir a atenção primária da região de Manguinhos, favorecendo a formação das redes de atenção à saúde reconhecendo as peculiaridades do local.

A CF Victor Valla, localizada na Av. Dom Hélder Câmara 1390, com um anexo da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Manguinhos foi inaugurada em 2010 e compreende o território do bairro de Manguinhos, zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Possui 6 equipes de saúde da família; 1 Consultório na Rua; 3 equipes de saúde bucal. Conta com a colaboração de alunos de graduação e pós-graduação inseridos no serviço e conta com uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A equipe de saúde da família é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, além de residentes de programas de pós-graduação.

A equipe de Consultório na Rua é formada por uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social, uma médica, uma dentista, 3 agentes sociais, uma técnica de enfermagem e uma técnica em saúde bucal.

A estrutura física da unidade possui 11 consultórios; 3 consultórios de Odontologia e 1 escovário; farmácia; sala para vacinação; sala para curativos; sala de coleta de exames; sala de reunião de grupo; sala de procedimentos; sala administrativo/gerente; sala dos agentes de saúde; Espaço de Educação Permanente (sala reunião e laboratório de Informática com 12 computadores) e auditório.

O Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria se situa dentro das dependências da FIOCRUZ, na Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos e é vinculada a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), tendo sido inaugurada em 1967 para atender a população do Complexo de Manguinhos bem como atuar também como campo de pesquisa e ensino para a ENSP/FIOCRUZ. A unidade possui 7 equipes da Estratégia Saúde da Família Manguinhos, que assim como na CF Victor Valla são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, além de residentes de programas de pós-graduação. A unidade também possui 2 equipes de saúde bucal.

A estrutura física da unidade possui 07 consultórios médicos, 2 consultórios odontológicos e 1 escovário; farmácia, sala de vacinação, sala para curativos, sala de

procedimentos e observação clínica, sala administrativo/gerente, sala para curativos; sala de coleta de exames; sala de reunião de grupo.

A Organização Social (OS) FIOTEC é responsável pela administração das 3 unidades acima descritas. No contrato de gestão 032/2014 da FIOTEC com a Secretária Municipal de Saúde consta uma lista de ações de acompanhamento de usuários vulneráveis e de risco, as quais são aplicáveis remuneração variável em caso de alcance da meta para os profissionais da equipe mínima de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de saúde bucal (dentista, TSB e ASB).

Dentre esta lista podemos citar como atividade que interessa diretamente a nossa pesquisa, visto que descreve um protocolo esperado dos profissionais de saúde no atendimento de usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, o “Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas”, descrito no item **B.3.4.1. Contratualização dos Incentivos Financeiros com os Profissionais - parta variável 03** exibido na imagem abaixo.

De acordo com essa meta, o paciente tabagista, alcoolista ou outras drogas, deve receber esse diagnóstico, realizar pelo menos 6 consultas médicas ou de enfermagem nos últimos 6 meses, receber ao menos 6 visitas do ACS nos últimos 6 meses (com exceção do tabagista), ter registro de anti-HIV nos últimos 12 meses (em caso de usuário de droga injetável), ter registro de pelo menos 1 consulta familiar nos últimos 6 meses, ter vacinação antitetânica e hepatite em dia, ter realizado ao menos um atendimento odontológico nos últimos 12 meses, e, no caso de tabagista, ter registro no prontuário de vinculação ao programa de controle de tabagismo.

| Paciente <u>Tabagista, Alcoolista ou outras drogas</u> |
|---|
| Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [(A ou B ou C) e D e E e F e G e H e I e J e K]: |
| A. Ter diagnóstico de uso crônico e abusivo de álcool |
| B. Ter diagnóstico de tabagismo |
| C. Fazer uso crônico de outras drogas (crack, etc) |
| D. Ter realizado pelo menos 6 consultas médicas ou de enfermagem (ou grupo terapêutico) nos últimos 6 meses. |
| E. Ter recebido do ACS ao menos 6 visitas de vigilância nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica) |
| F. Ter registro de anti-HIV nos últimos 12 meses (caso usuário de droga injetável). |
| G. Ter registro de ao menos uma consulta familiar nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica) |
| H. Ter vacinação anti-tetânica em dia (para tabagismo não se aplica) |
| I. Ter registro de vacinação para Hepatite em dia. |
| J. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB. |
| K. Ter registro no prontuário de vinculação ao programa de controle do tabagismo (caso tabagista) |
| * Se o paciente for usuário crônico de álcool e/ou outras drogas e realizar desintoxicação na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 10 UC. |
| ** Se o paciente for Tabagista e realizar tratamento na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 5 UC. |

Figura 2 - Quadro de Indicadores / Incentivos Financeiros OSS.

4. PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A classificação dos dados foi realizada através da leitura repetida dos textos (leitura flutuante), com o objetivo de apreensão de “estruturas de relevância” dos atores envolvidos na pesquisa e agrupamento das ideias centrais dos entrevistados sobre os pontos levantados nas entrevistas. Nelas estão contidas as ideias centrais dos entrevistados sobre o tema, das quais foram construídas as categorias empíricas.

No momento seguinte, foi realizada uma leitura dos dados de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade, o que deu origem as áreas temáticas e possibilitou o reagrupamento em torno de 7 (sete) categorias centrais que serão apresentadas e discutidas a seguir. São elas: Aproximação, Detecção e Registro do Uso Prejudicial de Álcool e outras Drogas, Qualificação Profissional, Diferenças no Uso, Diferenças no Atendimento, Fluxo de Atendimento, Demandas e Sugestões e Sofrimento Profissional.

A discussão dos dados coletados nas entrevistas não utilizou inferências estatísticas, mas os significados das falas e sua relação com o material teórico em uma relação entre o empírico e a teoria, procurando levantar e discutir temas relevantes sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre o atendimento de mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas nas unidades de atenção primária da AP 3.1 na cidade do Rio de Janeiro.

Para ordenar a apresentação dos dados foram criados os seguintes subgrupos:

- Profissionais NS – para profissionais de saúde de nível superior
- Profissionais NS CR – para profissionais de saúde de nível superior do Consultório na Rua
- Profissionais NT – para profissionais de saúde de nível técnico
- Profissionais NT CR– para profissionais de saúde de nível técnico do Consultório na Rua
- Profissionais ACS – para profissionais de saúde Agentes Comunitários de Saúde
- Profissionais AS CR – Para profissionais de saúde Agentes Sociais do Consultório na Rua

Consideramos importante subdividir a o grupo de profissionais de saúde para melhor compreensão das questões apontadas de forma diferente por esses grupos, o que também pode criar um contraponto importante para refletir sobre o papel de cada equipe definido pelo seu

contexto de trabalho e no desenvolvimento das atividades compartilhadas. Nas falas apresentadas no texto, os profissionais serão identificados nos 6 grupos relacionados acima.

4.1. APROXIMAÇÃO DO SERVIÇO, DETECÇÃO E REGISTRO DO USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Nesta categoria apresentaremos uma descrição geral da aproximação de usuários, homens e mulheres, que fazem uso prejudicial de álcool e drogas nos serviços de saúde que fazem parte do escopo dessa pesquisa de acordo com o relato dos profissionais entrevistados. Esta categoria é composta por temas relacionados a chegada dos usuários no serviço, suas demandas, a percepção dos profissionais de saúde sobre a abordagem do tema do uso prejudicial de álcool e outras drogas e o registro dos casos nos primeiros atendimentos.

O cuidado às pessoas em sofrimento pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas esteve ao largo das responsabilidades da Saúde Pública até pouco tempo atrás. Essa situação contribui até hoje para a segregação, marginalização e dificuldade de acesso aos serviços de saúde desses usuários.

A aproximação desse cuidado inicia-se com a abordagem de RD como conjunto de ações de prevenção à AIDS na década de 1990, mas somente em 2003, com publicação da Política Nacional para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, atribui-se esse cuidado (prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários a agenda da Saúde Pública no Brasil.

A Atenção Primária à Saúde passa a integrar também a rede de assistência para esses casos, centrada na atenção comunitária e com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários, objetivos previstos na Lei 10.216/2001, conhecida como a lei antimanicomial. No cenário atual das políticas de atenção à saúde, além de constituir-se como porta de entrada do sistema, buscar o atendimento integral e de qualidade aos usuários, atuando também como espaço de acolhimento para as questões de saúde mental (Santos, 2017)

O atendimento na Unidade de Saúde se inicia acontece através dos guichês de acolhimento de cada equipe. No CSE Germano Sinval Faria são sete equipes: Parque Amorim / Monsenhor Brito (Fortaleza), Parque Oswaldo Cruz (Vida), Parque Carlos Chagas (Aconchego), Comunidade Agrícola de Higienópolis / Vila São Pedro (Harmonia), Vila Turismo (Serenidade), Nova Vila Turismo (Fraternidade) e Parque João Goulart (Amizade) e na CF Victor Valla são 6 equipes: Vila União (Felicidade), Desup (Sabedoria), CHP2

(Renovação), Mandela de Pedra (Coragem), Nelson Mandela (Liberdade), Samora Machel (Confiança) e mais o Consultório na Rua.



Equipes de Manguinhos



Figura 3 - Distribuição geográfica das equipes no território.

Os profissionais de saúde, com exceção dos profissionais de saúde CR que convivem com uma situação de extrema vulnerabilidade e relataram receber em grande parte dos casos demandas mais explícitas, foram unânimes em dizer que o tema do uso prejudicial de álcool e outras drogas raramente é o motivo da busca pelo serviço. Segundo LAPORT (2016), tal aspecto pode ser relacionado também a falta de compreensão dos usuários dos objetivos e modelo de atenção da AB, sendo a procura majoritária nesses serviços por demandas de medicamentos, atendimentos médicos e vacinas, com pouca demanda pela prevenção e promoção de saúde. Quando o tema é abordado na consulta inicial, muitas vezes vem pela fala de familiares ou amigos que acompanham o usuário do serviço.

Quando aparece como queixa, geralmente tem algum, alguém junto, alguém da família, enfim, algum amigo que vem para estar ali e acaba falando isso. Mas em geral, são outras queixas assim, e aí no meio do caminho quando a gente está perguntando por exemplo, um paciente que está reclamando que está com a pressão

muito alta, daí a gente vai fazendo a anamnese, aí acaba perguntando "o senhor faz uso de alguma droga, coisa e tal?", aí solta. (profissional NS)

Alguns profissionais também citaram que muitas vezes a questão é trazida para a equipe através dos agentes comunitários de saúde que atuam no território nas visitas domiciliares. O ACS pode ter uma contribuição ímpar, como elo entre a comunidade em que se estabelece e a equipe de saúde, na execução da prevenção e promoção de saúde de um território em que estão inseridos (Silveira, 2009). Os ACS têm potencial para constituição dos vínculos e a relação de confiança necessária junto ao usuário prejudicial de álcool e outras drogas tão necessários para a construção do cuidado.

Tem o ACS que faz a busca ativa, que faz a visita domiciliar e já sinaliza para a gente, para a equipe. Quando eles não vêm a equipe vai até eles, fazer uma busca ativa. E quando eles querem ser ajudados. Quando eles não querem, falam que não, não. (profissional NT)

De acordo com os profissionais a busca pelo serviço se dá muitas vezes por complicações de saúde agravadas pelo uso das substâncias, como por exemplo tuberculose, pressão alta, feridas, diabetes. Esse é um momento importante para que o profissional de saúde possa, através de seu atendimento, explicitar a relação entre os problemas apresentados e o uso de drogas, com o objetivo de pactuar mudanças que possam refletir na qualidade de vida do usuário.

No caso das mulheres, foi citado que elas buscam o serviço, inclusive aquelas que se encontram em situação de rua, para cuidar de sua saúde ginecológica realizando o preventivo ou para fazer o teste de gravidez. Bolzan (2015) corrobora com essa informação ao afirmar que as mulheres buscam mais os serviços de saúde para situações "socialmente aceitas", como por exemplo os exames ginecológicos, maternidade, pré-natal, acompanhamento dos filhos e vacinação.

As mulheres procuram muito quando querem preventivo. Parece que vive focada só nessa função: ah, eu estou sem preventivo há tanto tempo. É o único tratamento de saúde. Ou TIG. Às vezes... (profissional ACS)

Segundo Oliveira (2012) a estigmatização de condições de saúde é comum, não só na população em geral, mas também nos profissionais de saúde. Sendo "o consumo de álcool e outras drogas uma das condições mais estigmatizadas" (apud Palm, 2006). Alguns profissionais relataram a questão quanto ao estigma do usuário de álcool e drogas como um

dificultador na relação entre os usuários e profissionais de saúde e, apesar do exemplo citado ser de uma mulher, a maioria dos profissionais disseram compreender o estigma como algo inerente ao usuário prejudicial de álcool e outras drogas em geral, não havendo diferenciação entre homens e mulheres.

Diversas pesquisas citam a maior exposição das mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas a estigmatização. Segundo Bolzan (2015) os papéis de gênero atrelados a essas mulheres como de mãe, esposa e cuidadora da família não se relacionam ao consumo de drogas, o que as faz muitas vezes ocultar esse uso de substâncias, que resulta por dificultar sua detecção por parte dos profissionais de saúde.

...o acesso também, porque acho que de carteira de serviço não tem redução, mas para chegar até esse serviço que é a complicação. Por conta de tudo, desde o momento que entra na unidade, abre a unidade, "ah é aquela fulana que faz confusão, que grita, que é a "drogadita", que só vem meio dia para fazer tal coisa", aí já tem um estereótipo vindo naquela paciente. Então se tiver um atrito com outro profissional, já dificulta o acesso. Aí vai até chegar na porta, até chegar dentro do consultório " (profissional NS)

Quanto ao registro desses usuários, os agentes comunitários de saúde relataram ter na sua ficha de cadastro (Ficha A) quando em visita domiciliar, os campos relacionados a uso de álcool e outras drogas, porém alguns profissionais expuseram dificuldade em solicitar informações sobre esse assunto, seja por medo, vergonha, o que sugere o subregistro de informações nesses casos.

...a gente faz o cadastro na residência, a gente vai lá na residência, faz o cadastro. Primeiro pergunta assim... o que eu faço...se é fumante, se fuma. Na ficha também pergunta se usa álcool ou droga. Pergunto primeiro se é fumante. Aí diz se é ou não. Os que são usuários de droga, eu e muitos colegas, igual a mim, tem muita dificuldade em dizer "Ah você usa droga?" Assim é muito complicado, é complicado. (profissional ACS)

Outro profissional mencionou que a informação também pode estar registrada no sistema eletrônico em forma de texto livre, no campo da consulta, o que acaba dificultando o rastreamento e acompanhamento dos casos da Unidade.

E assim como é uma coisa auto referida, nem todo mundo que bebe quer ajuda ou nem todo mundo que usa drogas quer ajuda, depende desse cadastro. Às vezes eles utilizam, fazem o cadastro com a gente comunitário, não se sentem à vontade para falar e muitas das vezes na consulta eles falam. Então por vezes está no texto livre, mas não está no cadastro. Então assim, é subestimado, o que nós temos é subestimado. (profissional NS)

Outros estudos já apontaram a escassez de informações indicando baixa frequência do registro do problema nos serviços de atenção primária, Graever (2013) sugere duas causas para tal discrepância: “a baixa utilização de ferramentas sistematizadas de detecção, como o AUDIT, e uma baixa vigilância destes problemas pelas equipes”. A baixa notificação dos casos dificulta o acompanhamento dos casos, a construção de indicadores em saúde e por consequência o planejamento de ações em saúde.

4.2. QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Nesta categoria descrevemos os relatos dos profissionais de saúde no que diz respeito à participação de capacitações e treinamentos na área de saúde mental relacionados ao atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas bem como sobre especificidades de gênero na saúde.

A capacitação profissional para intervenção e tratamento relacionados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas é uma importante ferramenta na construção de uma visão ampliada desta problemática, desconstruindo o preconceito e a exclusão, consequências de uma percepção moralista e estigmatizante. Segundo Souza (2012) apenas a formação acadêmica se mostra insuficiente e é preciso incorporar a prática de formação permanente a fim de se permitir um trabalho com base na integralidade e autonomia dos profissionais.

Dos 28 profissionais de saúde que atuam diretamente com os usuários do serviço nas unidades pesquisadas, apesar de 17 terem dito que já participaram de algum treinamento ou capacitação relacionadas ao tema “álcool e outras drogas” apenas 6 conseguiram lembrar o nome do treinamento/ capacitação ou onde realizaram o treinamento.

Apenas 1 dos profissionais de saúde relatou ter participado do treinamento “Caminhos do Cuidado”. O caminhos do Cuidado é um Projeto do Ministério da Saúde organizado pelas Escolas de Saúde Pública e Escolas Técnicas do SUS que, desde 2013, visa oferecer formação para Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem sobre os melhores procedimentos e as práticas mais eficientes para o atendimento aos usuários de drogas, de acordo com a política vigente até então baseada na Redução de Danos.

O número foi ainda menor quando perguntamos sobre treinamentos sobre especificidades de gênero na saúde, apenas 7 relataram ter participado e destes a maioria o fez por demanda própria.

Também só fui em congresso que trabalhava especificamente a questão do gênero e oficina, até no último ano que era um congresso brasileiro trabalhava exatamente das... do perfil da população em desigualdade, então cárcere, mulheres em dependência química, crack foi abordado em algumas mesas sobre isso. Mas em geral não fiz curso não.” (profissional NS)

Outros profissionais relataram ter feito treinamentos relacionados a especificidades de gênero por necessidade acadêmica

O que acontece, a minha tese era relacionada a sexualidade, então eu acabei fazendo alguns cursos por fora. Então sobre gênero sim.” (profissional NS)

A troca de saberes profissionais no dia a dia do trabalho também se constitui como ferramenta de aprendizagem, que apesar de não estruturada, auxilia os profissionais a lidar com a questão, como relatou o profissional de saúde abaixo.

Assim, você vai... eu acabei adquirindo experiência na prática mesmo. Vai acontecendo e aí você vai conversando com um, com outro, vai adquirindo experiência em saber como abordar, como conversar, certos assuntos que você pode, o que você não pode. É na prática mesmo. (profissional ACS)

Para haver uma “restrição” do saber direcionada a equipe de saúde mental (psiquiatra e psicólogos), médicos e enfermeiros e equipe de CR, que seriam aqueles que saberiam orientar e tratar da questão do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Segundo MELO (2016), essa diferenciação “dificulta a atuação destes profissionais quando se defrontam com usuários que apresentam problemas com álcool e outras drogas, uma vez que não consideram deter recursos para contribuir com o encaminhamento das demandas por eles apresentadas.

A médica atende, vê se precisa de um matriciamento com o NASF, com um profissional. Do nosso caso, como agente de saúde, quando é abordado, o nosso papel é mais direcionar à médica da equipe. (profissional ACS)

Segundo GRAEVER (2013) a consolidação da APS como ordenadora dos serviços de saúde aproximou de profissionais não especialistas situações e demandas que antes estavam restritas as suas especialidades, dessa forma torna-se necessária a capacitação destes profissionais não médicos para instrumentaliza-los na abordagem desses casos.

Sobre o conhecimento de materiais de referência e manuais que possam servir de apoio no cotidiano do cuidado, apenas um dos profissionais (de nível superior) citou o Guia de Referência Rápida Álcool e Outras Drogas da cidade do Rio de Janeiro, abordado

anteriormente nesta pesquisa e que traz informações sobre o manejo dos casos para todos os profissionais de saúde.

Tem o próprio Guia Rápido do município, que ajuda, que é um norteador bem importante para a gente poder fazer essa abordagem, que eu costumo usar bastante. Então assim, por exemplo, um caso que é mais recente que é esse menino. Então, eu usei um pouco dessa questão do caderno de álcool e drogas. (profissional NS)

4.3. DIFERENÇAS NO USO

Daremos ênfase nesta categoria as diferenças percebidas pelos profissionais de saúde quanto a diferença no uso de álcool e outras drogas por homens e mulheres, no que diz respeito aos tipos de substâncias, tempo de uso, acometimento, etc.

Diversos estudos sobre a influência do gênero no uso prejudicial de álcool e outras drogas alertam para claras diferenças entre homens e mulheres no que diz respeito a diversos aspectos, como por exemplo: as mulheres apresentam mais problemas relacionados ao álcool do que os homens, mesmo com a ingestão de quantidades equivalentes. Entretanto, as mulheres que desenvolvem problemas relacionados ao uso do álcool tendem a progredir mais rapidamente que os homens para o uso prejudicial de álcool.

O que significa um período mais curto entre o início do consumo de bebidas e as consequências danosas do uso regular, como por exemplo, problemas físicos – as mulheres apresentam taxas mais elevadas de cirrose hepática que os homens (MARANGONI, 2013) e que o impacto familiar e social é maior para as mulheres, como dificuldades de relacionamento, prejuízo nos papéis e responsabilidades sociais, etc.

Quando questionados sobre as possíveis diferenças no uso de álcool e drogas entre homens e mulheres, muitos dos profissionais demonstraram não ser um assunto sobre o qual tenham parado para refletir, o que refletiu nas respostas visto que a maioria dos profissionais não relataram perceber diferenças significativas nesse sentido.

Algumas das diferenças citadas dizem respeito:

1. as diferenças no comportamento, relacionadas as concepções sociais e estigma com relação ao uso de drogas entre homens e mulheres. Dutra (2016) ressalta que ao invés de serem reconhecidas como sujeitos que precisam lidar com as contradições e desvantagens proporcionadas por assimetrias sociais de gênero, essas mulheres são percebidas apenas como

mais complicadas, ou mais descontroladas, qualidades que constituiriam sua natureza psicológica.

Eu sinto que o homem, ele fica mais é, não digo depressivo, mas ele fica mais na dele, usando um termo mais simples. E as mulheres acho que elas mais, fica um pouco mais exibicionista. Já tive casos aqui de paciente que faz escândalo, que "ba... não aqui na minha equipe, mas de modo geral que as pessoas dizem tá com álcool, tá com cocaína...eu percebo isso. Outros casos que eu já vi, até fora daqui a mulher eu a acho mais, acho que ela expande mais a coisa (profissional de saúde)

2. A questão da prostituição como meio de obtenção da droga. Segundo Pardo (2009) as práticas sexuais de risco estão generalizadas entre as pessoas com problemas de abuso ou dependência de drogas, porém é mais frequente entre mulheres a troca de sexo por drogas.

... essa coisa de se prostituir para conseguir a droga. Isso eu vejo como uma prática mais comum entre as mulheres do que entre os homens. Não que os homens não façam isso, não possam fazer isso também. Ou não façam isso. Mas é mais comum entre as mulheres. Mas a compulsão de ambos eu nunca vi diferença, entendeu?" (profissional NS CR)

A maioria das minhas pacientes que usa droga, que usa crack, que usa cocaína, elas se prostituem para conseguir a substância. Os homens já não, alguns roubam, outros fazem garimpo, não sei se você sabe o que que é garimpo, não é? Que é ir no lixo catar coisas que possam gerar alguma renda. Então eles fazem isso. Então tem essa diferença. (profissional NS CR)

- Ao uso prejudicial de benzodiazepínicos, que aparecem também alternativa dessas mulheres para lidar com a questão da violência e vulnerabilidade no território.

O de benzodiazepínicos é geral, muita gente. Mas se eu for pensar numa categoria que me vem à mente quando falo benzodiazepínicos, é uma senhora de meia idade, 40, 50 anos assim, que tem uma história de vida assim, que já usa há 20 anos. Tem muitos casos assim aqui. Então, eu já acho que benzodiazepínico muda até a faixa etária, acho que a população mais jovem nem usa tanto. Eu pensaria só na população adulta mais velha assim. (profissional de NS)

A gente tem um quantitativo importante, mas assim, quando você vai analisar a história de vida, nem sempre está relacionado ao uso do álcool e outras drogas. Mas mais problemas de casos de depressão, ansiedade, num território tão violento como esse... (profissional NS)

Ah, o uso de benzodiazepínico sim. Porque aí vem todo o contexto de vulnerabilidade. Aí vêm as questões de saúde mental, que por vezes, são necessários usar. Às vezes não são necessários, mas são iniciados de uma forma equivocada. E aí depois, a pessoa vai ao longo dos anos renovando receita, renovando, renovando, renovando. E aí já virou dependente daquela medicação. E para tirar é um custo. (profissional NS)

- A necessidade de uma intervenção rápida e resolutiva. Nesse caso apresenta-se uma janela de oportunidade para ações de detecção precoce e intervenção, como por exemplo a intervenção breve e os instrumentos de detecção (CAGE e AUDIT), aplicados ao uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas (GRAEVER, 2013).

Uma pessoa dessa não é uma pessoa que a gente possa falar assim: "Ah isso aí? Ah volta outro dia", não a pessoa já está aqui a gente tenta fazer tudo que tem que fazer logo pra que essa pessoa não fique solta e de repente nem volte mais. Então a gente já logo procura o psiquiatra, o psicólogo, dentro dessa consulta aí que é uma interconsulta, ele conseguindo identificar que a pessoa necessita de acompanhamento, de psiquiatra a gente já entra com psiquiatra junto. (profissional NT)

Existe também um relato dos profissionais para uma mudança de paradigma, em que na percepção deles as mulheres vêm se assemelhando aos homens no consumo de álcool e outras substâncias. Não existem nessas falas quaisquer considerações as diferenças fisiológicas entre homens e mulheres que determinam distintos agravos de saúde para ambos, com desigualdades nas taxas de mortalidade e comorbidade (OLIVEIRA, 2007).

Eu acho que assim, antigamente tinha até diferença. Hoje em dia... infelizmente, assim, eu acho que o negócio está meio equiparado. Antes as mulheres escolhiam. Agora não. Hoje cada vez mais começa do mais fraquinho e vai só aumentando. E antigamente eu acho que não era tanto assim. Eu acho que quando viam que o negócio era meio esquisito as mulheres já paravam e eu acho que hoje em dia não. Vai cada vez buscando mais forte. (profissional NT)

Hoje em dia tá muito pau a pau né, hoje em dia tá meio complicado, mas acho que o homem ainda continua mais do que a mulher, pelo menos chama mais atenção do que a mulher. (profissional NS)

Relacionado as cenas de uso de crack na região, os profissionais de saúde não relatam perceber diferença no comprometimento de homens e mulheres. Essa percepção difere da literatura pesquisada, Bertoni (2014) relata diferenças notáveis por sexo, incluindo indicadores socioeconômicos, padrões de co-uso de drogas, riscos sexuais / trabalho, utilização dos serviços, etc. A fala dos profissionais demonstram, portanto, uma opinião e não aproximação da questão com um entendimento mais profundo da realidade pesquisada.

O crack é o que mais a gente percebe. Não tem diferença. Eu vejo. É. A gente anda por aqui pelo território, vê muitas mulheres junto de homens, em grupos, assim, deitados na rua, conversando. Não consigo ver diferença. (profissional ACS)

4.4. DIFERENÇAS NO ATENDIMENTO

Neste tópico tratamos das diferenças percebidas pelos profissionais de saúde no atendimento de homens e mulheres, no que diz respeito a demandas, necessidades, dificuldades, etc.

Alguns profissionais de saúde relataram que o homem chega ao serviço normalmente em estágio mais deteriorado de saúde devido ao uso prejudicial de substâncias enquanto a mulher acaba chegando por conta própria, mas, que muitas vezes sem esse amparo familiar, acaba por não sustentar o tratamento.

Por serem vítimas de maior estigma social (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005; CÉSAR, 2006) as mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas são mais propensas que os homens a perder sua rede de apoio, principalmente familiar.

Mas a mulher não, ela já pede ajuda, ela mesma consegue... E eu acho que isso é mais difícil, a gente pensa que é mais fácil, mas pelo contrário.” (profissional NS)

Outra questão importante levantada por mais de um profissional, é que no território normalmente as mulheres são as únicas provedoras do lar, mães solteiras, avós, etc, O desamparo dessas mulheres dificultaria sua busca por ajuda e tratamento.

...às vezes não têm apoio familiar mesmo. Porque a maioria são mães solteiras, que os filhos também já estão entrando para o caminho das drogas... E aí gera aquele ciclo.” (profissional NS)

Alguns profissionais reforçaram que após o estabelecimento do vínculo com o profissional de saúde, as mulheres acabam por ter mais facilidade para falar sobre o assunto.

Aí eu confesso que mulheres têm um pouco mais de abertura para falar do tema quando a gente criou um vínculo.” (profissional ACS)

Em relação a equipe de profissionais CR foi apontada a maior vulnerabilidade experienciada pelas mulheres em situação de rua, no que diz respeito a abuso sexual e até mesmo violência.

Ela já fala assim "olha, eu não queria remédio que me deixasse dopada", porque ela já teve uma história de ser abusada, entendeu, porque estava meio grogue por conta do uso de medicação. Então a gente tem, as mulheres elas ficam numa situação muito mais vulneráveis, mas vulnerável do que os homens, na sua maioria, porque assim, é abuso, é agressão física demais.(profissional NS CR)

Outro profissional de saúde CR reitera que a questão do abuso sexual é uma questão predominantemente feminina.

Acontece de elas estarem drogadas, o cara achar que por ela estar drogada vai estupra-la e ela não vai perceber. Algumas chegam aqui: ah, porque eu fui abusada enquanto eu estava dormindo, por um amigo que estava usando comigo. E acabou que eu quero usar a pílula do dia seguinte ou quero fazer um teste de HIV. Tem esse tipo de... o homem nunca chega com esse caso de abuso, com essa demanda de abuso. A mulher já chega. Volta e meia aparece uma que fala que sofreu um abuso. (profissional AS CR)

A questão relacionada a resistência ao tratamento foi abordada por alguns profissionais de forma geral para os usuários prejudiciais de álcool e outras drogas:

Não. Não porque assim, para a gente conseguir tratar as pacientes assim... eles são muito resistentes, tanto o homem quanto a mulher. Geralmente eles não aceitam o tratamento. (profissional NT)

Outro profissional aborda a questão da escolha do paciente em querer o tratamento, mesmo relatando perceber que o uso está prejudicial, não aparece na fala do profissional a possibilidade do uso de técnicas, como por exemplo a entrevista motivacional, que poderia influenciar o usuário a se disponibilizar para aceitar o cuidado.

Mas ele precisa de ter a vontade de querer parar ou não querer mais fazer o uso das substâncias, principalmente que a gente vê que é muito, né? Que é a maconha, a cocaína, o crack, né? Então a gente encaminha pra psicólogo... (profissional NT)

Especificamente para os(as) usuários(as) de crack que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, os profissionais de saúde CR relatam a baixa aderência desses usuários aos tratamentos devido à dificuldade de manter a continuidade nos agendamentos e consultas.

Uso tóxico de substâncias psicoativas assim eu vejo que eles têm uma dificuldade de dar segmento ao acompanhamento assim, de marcar um retorno para fazer. Até essa paciente que eu vi ontem, já tinha visto antes de ontem, e eu já tinha conversado, organizado com ela, ela chegou hoje com muita dor. E quando a gente passou perto da boca, ela estava usando crack assim. E aí, marcou para fazer um preventivo ou para fazer um exame de sangue, por exemplo, que já tem um teste rápido para sífilis, já tratou sífilis uma vez, mas às vezes apresenta sintoma de sífilis secundária, vou fazer o teste rápido para vim positivo, não tem como saber, tenho que fazer o VDRL. Para fazer o VDRL tem que marcar. Aí marca, não vem. Essa dificuldade no segmento.” (profissional NS CR)

4.5. FLUXO DE ATENDIMENTO

Este tópico pretende descrever, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde o percurso lógico dentro da unidade de saúde e nas referências e contra referências com os serviços especializados (CAPS AD / Hospitais psiquiátricos) percorrido pelos usuários do serviço que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Em seu artigo sobre os desafios e potencialidades do Programa Saúde da Família frente ao uso de drogas, Barros (2006) apresenta 3 níveis de prevenção que devem ser adotadas na Atenção Básica voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e riscos específicos.

1. Na Prevenção primária é necessário um trabalho em equipe multiprofissional em determinado contexto social; que, por um lado, deve romper a centralização do poder médico; e, por outro, desvie o enfoque curativo para questões de ordem social e para práticas educativas, enfatizando a promoção e a prevenção. No entanto, essa mudança no processo de trabalho não pode ser entendida como simplificação desse processo.

2. Na prevenção secundária, a atuação do profissional estaria direcionada às populações específicas numa abordagem mais objetiva. Um exemplo disso seria a oferta de uma assistência mais incisiva, ou seja, nos princípios da intervenção breve onde o profissional de saúde atuaria com a identificação do problema por meio de instrumentos de rastreamento do uso problemático do álcool (exemplo: AUDT, CAGE) e o aconselhamento para os riscos do uso das substâncias psicoativas, conhecimento das redes de referência e contra referência, para os devidos encaminhamentos.

3. Para a prevenção terciária, os profissionais da atenção primária necessitariam de capacitação mais específica, que permitiria atuar no tratamento através de intervenções (motivações para mudanças de comportamentos, aconselhamentos e outros) que possibilitam o acompanhamento da evolução do cliente que já desenvolveram a dependência da droga e prevenindo complicações futuras, contribuindo também na reabilitação psicossocial e manutenção da abstinência, se for o caso.

Quanto ao fluxo de atendimento, apesar de explicitarem não haver fluxo de atendimento definido, percebemos, conforme citado anteriormente, que os profissionais consideram que o saber para lidar com os usuários prejudiciais de álcool e outras drogas está concentrado com os médicos, enfermeiros e equipe de saúde mental, ou seja, com os profissionais de nível superior.

Eu direciono para o médico. O médico vai conversar com esse paciente e ele vai saber o que fazer, entendeu? (profissional ACS)

Outras intervenções disponíveis apontadas nas unidades básicas de saúde que não são direcionadas ao público tratado nessa pesquisa mas que podem beneficiar os usuários são: o grupo de terapia comunitária que acontece semanalmente, um grupo mensal de artesanato chamado “arteirinhas”, a horticultura que acontece a cada 15 dias sobre o uso de plantas medicinais ou para alimentos, o grupo de tabagismo (que acolhe inclusive usuários de maconha).

No CSE Germano Sinval Faria existe ainda um trabalho de prevenção por parte do psiquiatra da unidade para gestantes, uma vez por mês o profissional faz um trabalho de atividade em sala de espera levando informações sobre o uso prejudicial do álcool durante a gestação para as mulheres que estão aguardando consultas do pré-natal.

...eu faço atividade em sala de espera. Eu descobri que aqui pelo menos ninguém sabe dos prejuízos, os problemas, ninguém sabe. (profissional NS)

Tentamos descrever na figura abaixo a compreensão de um fluxo informal que foi compreendido através do relato dos profissionais de saúde entrevistados.

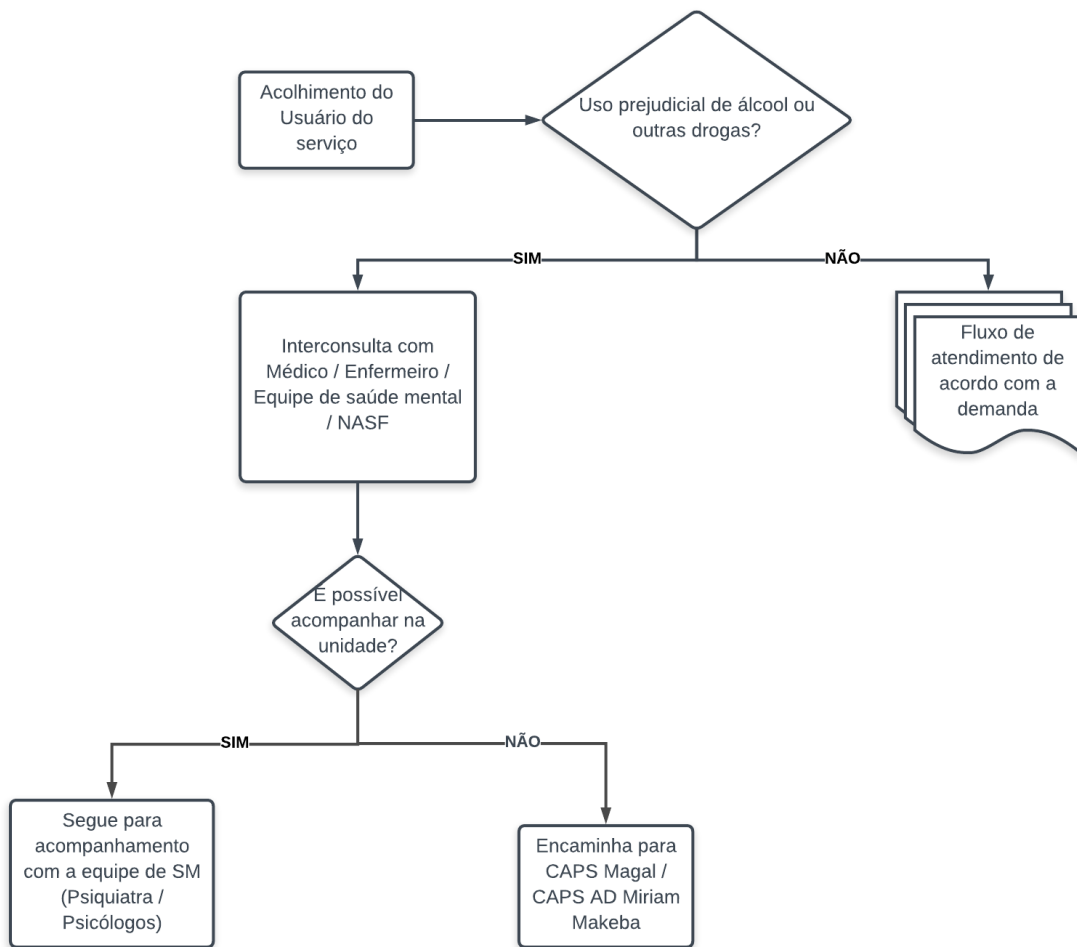


Figura 4 - Fluxo de atendimento nas unidades percebido pelos profissionais de saúde.

Em alguns casos, citados pelos profissionais de saúde, o usuário do serviço que requer tratamento para o uso prejudicial de álcool e outras drogas pode receber o acompanhamento/tratamento diretamente na unidade de atenção básica através da equipe de saúde mental / NASF da unidade. Em outros casos, o usuário é encaminhado para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) disponíveis no território. São dois: o CAPS Ad III Miram Makeba e o CAPS II - Carlos Augusto da Silva 'Magal'. Não foi possível esclarecer qual é a condição para o usuário ser acompanhado na unidade ou encaminhado para os serviços especializados, um dos profissionais citou a disponibilidade da equipe.

Elas fazem assim: primeiro elas fazem o atendimento delas e depois elas marcam uma interconsulta, com o psicólogo ou psiquiatra, entendeu? Aí dali se tiver como ser absorvida aqui pela unidade, ele é absorvido. Se não é encaminhado para o

CAPS. Se o psicólogo tem aquela disponibilidade de tratar do paciente. (profissional NS)

Outro profissional informa que o encaminhamento depende do tipo de demanda, sem esclarecer quais são as demandas possíveis de serem atendidas na unidade. Para Varela (2019) em caso de encaminhamento, o sistema de referência e contra referência precisa ser respeitado e não ser resumido a "transferência" do paciente de um serviço para o outro.

Aí no caso tem a ver com a demanda. A gente acolhe essa demanda, escuta. Claro, varia muito da situação. Às vezes, a própria enfermeira, o próprio grupo de enfermagem faz essa primeira escuta. E aí, vendo a necessidade, chama a gente enquanto médico, para poder dar um apoio, fazer uma consulta juntos. E aí a gente avalia. Se é uma coisa que dá para a gente conseguir manejar aqui ou se é uma coisa que a gente precisa do apoio do CAPS AD. E aí: ah, precisa do CAPS AD? Beleza. Faz o encaminhamento, aí entrega na mão do paciente. A gente orienta com endereço, telefone, tudo direitinho, o que tem que pegar, se for necessário, trem. E a pessoa já sabe o local, para poder ir para o CASPS AD. (profissional NS)

O CAPS II - Carlos Augusto da Silva 'Magal' apesar de não ser AD, por ser a unidade mais próxima das unidades básicas de saúde pesquisadas no território, acaba por acolher alguns casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas encaminhados pelos profissionais de saúde, principalmente no caso da CF Victor Valla por estar a um atravessar a rua de distância, alguns profissionais de saúde relataram que muitas vezes pegam o usuário pela mão e vão até a unidade. Já o CAPS Ad III Miram Makeba – esse sim específico para álcool e outras drogas - fica a uma distância de transporte público das unidades, o que segundo os profissionais de saúde entrevistados dificulta o acesso e encaminhamento dos usuários, além disso também foi relatado que alguns usuários, quando encaminhados, não se identificam com a população atendida nessa unidade por se tratar de grande parte de população em situação de rua.

Há um CAPS na região, que é o CAPS de Bonsucesso. Mas o perfil que eu atendo de pessoas não aceita o atendimento no CAPS de Bonsucesso. Porque o CAPS de Bonsucesso possui usuários, são clientes lá, que fazem um uso muito pesado, muito... e muitas vezes são pessoas que moram na rua... (profissional NS)

Foram apontados por alguns profissionais o encaminhamento também para internação em instituições religiosas (comunidades terapêuticas) e grupos de mutua ajuda como Narcóticos Anônimos e Alcoólicos Anônimos.

Eu encaminho geralmente para grupos de ajuda. Já encaminhei para clínicas especializadas, comunidades terapêuticas. (profissional NS)

Baeta (2016) considera o apoio matricial como uma técnica de conversa dentro de uma rede de conversações, cuja função é de horizontalizar a comunicação e superar a lógica tradicional de encaminhamentos, beneficiando assim a transferência de responsabilidades entre as equipes. O enfraquecimento da Rede de Atenção Psicossocial foi apontado pelos profissionais de saúde, como algo que interfere nessa comunicação e, portanto, na qualidade do serviço prestado e na referência e contra referência entre os serviços.

Hoje o serviço, você sabe do que está acontecendo. Saúde mental está totalmente desestruturado, os profissionais estão trabalhando em... greve tem sido muito frequente, constante.” (profissional NS)

Outro profissional salienta que já houve um período em que a rede funcionava para discussão dos casos e o cuidado compartilhado, mas que atualmente não existe esse acompanhamento.

...já teve épocas onde as coisas estavam funcionando melhor, de a gente fazer reuniões com mais frequência, sabe? A gente ia para o CAPS discutir casos. Era uma coisa bem... faz tempo que isso não tem acontecido, especialmente pela desestruturação do serviço. (profissional NS)

4.6. DEMANDAS E SUGESTÕES

Apresentamos neste tópico, as demandas e sugestões apresentadas pelos profissionais de saúde no âmbito das necessidades das mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e das oportunidades de melhoria reconhecidas por eles para agregar no atendimento dessas mulheres.

Alguns profissionais citaram a necessidade de fortalecimento da rede de atenção psicossocial no território, dispondo assim de mais atividades e suporte para essas mulheres. A Portaria nº 3.088/2011 normatiza a Raps enquanto uma rede transversal, mas que não se forma apenas com base nos equipamentos de saúde, mas se estende à comunidade na medida em que grupos comunitários dispõem de recursos que podem ser úteis ao cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas (FRANCO; ZURBA, 2014).

Acho que tem algumas coisas, aproveitar as coisas do território. A gente tem uma galera aqui na casa da mulher, que está aqui dentro do CRJ, mas que eu acho que está só a assistente social ali, não está psicóloga, não está advogada, mas que já é

uma coisa, acho que para ajudar a gente aciona muito pouco, eu acho. Mas eu acho que a gente precisa colocar a rede para funcionar também para essas pessoas. Que é isso assim, a gente é limite, enquanto médico ali, a gente acaba ficando mais no consultório do que no território, então acho que para essas mulheres, para as pessoas em geral do uso problemático de drogas, a gente precisava acionar mais a rede, eu acho.

Um profissional do consultório na rua abordou a necessidade de uma política pública direcionada para as mulheres em situação de vulnerabilidade social, que pudessem contar também com abrigo noturno para mitigar as questões de violência e abuso a que são submetidas.

...se a gente pudesse trabalhar apoiado, respaldado com uma política pública de saúde que fosse voltada para esse público num espaço onde a gente pudesse levar essa usuária, conduzir essa usuária para que ela fosse atendida com tudo que ela necessita, nesse sentido, seria perfeito, mas a gente não tem, a gente tem que criar uma rede, criar possibilidades para poder tratar essa usuária da melhor forma possível. Seria muito bom (o abrigo noturno), porque deixaria elas menos vulneráveis. Porque à noite, na rua, mulher, gente... É muito complicado, elas são as maiores vítimas. Estando em situação de rua, nossa... (profissional NS)

Diversos profissionais do CSE Germano Sinval Faria citaram um grupo de redução de danos que existiu na unidade há mais de 15 anos, no qual os usuários do serviço passavam a semana na unidade de saúde participando de atividades. Alguns profissionais acreditam que seria uma boa oportunidade ter na unidade grupos relacionados a essa temática na própria unidade básica de saúde. De acordo com Volpicceli (2000), mulheres que têm acesso a vários serviços em um local parecem ter taxas de retenção mais altas.

Acho que a primeira coisa seria a gente buscá-las preventivamente, estar com um olhar mais atento, sem juízo de julgamento e saber como anda esse uso social de substâncias e álcool, ainda mais aqui em uma área que é de extrema vulnerabilidade, tem a oferta fácil, substâncias ainda mais nocivas como crack, né? E perguntar ativamente, saber como anda, envolver a família já desde o início nesse processo. Quando houver as dúvidas a busca ativa em domicílio e talvez um grupo direcionado para esse perfil, talvez fosse um estratégia interessante porque eu acredito que tenha, pra toda essa unidade, Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, tem um grupo grande de pessoas, ou se juntasse essa unidade com a Victor Valla e fizesse um grupo unificado... ou o próprio CAPS, apesar de não ser CAPS AD, que fica entre essas duas unidades, de repente formar um grupo junto para esse perfil (profissional NS)

A dificuldade em compreender o uso prejudicial de álcool e outras drogas por uma perspectiva mais complexa, para além do modelo biomédico, relacionada a aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais foi abordado na fala de um dos profissionais, o que acaba refletindo no tratamento dispensado aos usuários, de cunho moralista.

Segundo Corrigan (2005) a moralização de uma situação específica de saúde é a implicação de uma responsabilidade direta ao indivíduo pela causa do problema e a solução deste, portanto, é comum que esse grupo moralizado seja evitado em seu convívio social ou mesmo não receba ajuda quando necessário.

O mesmo profissional aborda que acha necessária uma formação profissional voltada para essa temática, que incidiria em um cuidado que leve em consideração toda essa complexidade.

Eu nunca parei para refletir assim, para pensar, eu só paro para pensar assim na questão da equidade de gênero e de acesso e de ação integral a todos os grupos vulneráveis. Então se a gente for parar para pensar, eu acredito uma melhor formação profissional para a melhor escuta e sensibilidade, com relação a isso daí. E o problema de álcool e drogas é que tem muito preconceito. Então, o paciente que é bem organizado assim, que não sofre esse tipo de problema, ele consegue cumprir aquilo que... Da carteira de serviço, ele acaba ganhando uma prioridade, e as pessoas não enfrentam isso daí como uma doença, elas enfrentam isso daí como um desleixo, uma pessoa que não quer nada com a vida... (profissional NS)

Na fala dos profissionais ressalta-se a importância do trabalho dos agentes comunitários de saúde bem como a necessidade de maior formação dos mesmos para lidar com a questão. Ficou claro nos relatos que o fortalecimento do vínculo do usuário com o ACS amplia as possibilidades de abordagem do tema o que facilitaria a intervenção no caso dos profissionais possuísem maior repertório para lidar com o tema.

No trabalho in loco ele fica mais por conta do agente comunitário que nem sempre tem a expertise para trabalhar bem isso, não tem qualificação técnica nem, assim como os técnicos, médicos, enfermeiros, ... e é uma área difícil né? Não é uma área fácil. (profissional de saúde)

Um ponto importante trazido por um profissional foi a questão do sigilo quanto ao tratamento no caso de usuária prejudicial de álcool e outra droga, fazendo uma comparação inclusive com o tratamento de usuários soropositivos.

Não sei se é acesso. Porque eu acho que o acesso... o acesso em si, eu acho que é... não é tão complicado. Eu acho que elas têm vergonha até de se identificar. Você vai chegar numa unidade que geralmente têm... geralmente não, sempre têm pessoas: ah, minha vizinha, minha amiga. E eu acho que é complicado a pessoa procurar esse serviço por conta disso. A minha amiga, a minha vizinha sabe que eu estou aqui por conta disso. É igual tipo HIV. Ou então, de repente que fosse feito, mas não na unidade. Alguma coisa assim para a pessoa não ficar tão exposta, né? Porque é uma coisa muito... fora que às vezes, a pessoa tem receio até por conta do próprio tráfico, né?" (profissional NT)

4.7. SOFRIMENTO DO PROFISSIONAL

Neste tópico buscamos relatar o sofrimento dos profissionais na prática diária nas unidades de atenção básica, este foi um assunto que emergiu durante o andamento das entrevistas, pois fica clara a angústia, violência e vulnerabilidade que a maioria dos profissionais de saúde das unidades pesquisadas estão expostos. Lancman (2009) chama atenção para o fato de que os profissionais da Atenção Básica, especificamente do PSF, sofrem um significativo impacto psicológico por conta da impotência diante das vulnerabilidades e violência cotidiana dos usuários do serviço.

É uma situação alarmante, a gente vive num território flutuante, de alta vulnerabilidade, periculosidade, estresse toda hora, apesar de ser um comando, geralmente os conflitos são em relação a polícia, isso gera um estresse, as pessoas têm uma válvula de escape ou no álcool, ou na droga ou na comida, o nível de obesidade, de hipertensão...Sim, sim, drogas de uma forma geral, seja medicamentosa, sejam os vícios, a própria obesidade... Enfim, vícios de uma forma geral como válvula de escape de você se livrar de alguma forma disso. (profissional NS)

Não raro um ACS ou técnico de enfermagem se emocionou durante a pesquisa ao falar sobre o território onde trabalham e vivem, a escalada do tráfico, da violência e das cenas de uso de álcool e outras drogas, principalmente o crack. Somados a isso a dificuldade em oferecer resolutividade para esses casos devido a precarização dos serviços públicos de saúde em geral, principalmente dos serviços de saúde mental.

Quando você faz um trabalho hercúleo sobre isso, você aborda sobre isso, você também se sente limitado fazendo parte da rede, porque a rede é pobre mesmo. Você também fica limitado para onde mandar, o que fazer. A saúde mental como apoio psicológico, como trabalhos de grupo, como rede de apoio mesmo, você está sem braço. E aí você descobre o problema, pega o problema, cavouca o problema, emerge demais e tu vai fazer o quê? Então não sei até onde os profissionais querem saber desse problema, até onde eles querem cavoucar e que emerja porque é mais um problema para eles se angustiarem com a rede que já está caótica, que faltam insumos básicos, coisas básicas (profissional NS)

A contradição existente entre o que se espera do SUS - princípios e diretrizes - e a realidade dos serviços: falta de investimento, precariedade das condições de infraestrutura e material além da precarização do trabalho influenciam tanto na saúde física quanto psíquica do trabalhador (KATSURAYAMA,2013).Essa compreensão do problema estar relacionado com a falta de possibilidades para atendimento para essas demandas também foi relatada por outro profissional de saúde.

As vezes ele – no caso do agente de saúde – ele sabe que aquela pessoa é usuária, mas também não sabe o que fazer com aquela informação. Às vezes traz para a gente a informação, mas também fica meio na dúvida de como vai abordar. Porque às vezes, a primeira abordagem a gente... falta a capacitação dos profissionais, de uma forma geral. Mas também tem essa questão da própria deficiência da rede em si. Porque às vezes a gente, tem sim um lugar para poder encaminhar. Mas por mais que se faça um esforço dos profissionais que no momento atuam lá no CAPS AD, a gente sabe que está numa situação muito difícil, muito sucateado. E aí eles não conseguem ter pernas para isso (profissional NS)

Outro profissional aborda a sobrecarga da equipe de saúde para cuidar dos diversos temas relacionados a saúde, além dos atendimentos individuais.

...nós da Estratégia, nós já temos um negócio de atendimento, a gente não atende só isso, é o hipertenso, o diabético, a criança, o idoso, a gestante,... então a Estratégia fica muito sobrecarregada para montar grupos... então de repente se fosse feito uma estrutura, aqui dentro mesmo, com de repente funcionários, que também tá escasso, né? Porque tem pessoal da Estratégia e pessoal funcionário. Então de repente com seu próprio funcionário, não sei, serviço social, médico, psicólogo, ...fizesse um grupo que desse suporte a essa parte específica. Mas eles também coitados, dão cobertura as sete equipes, então pra eles também tempo é pouco.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou chamar a atenção para as particularidades do uso prejudicial de álcool e outras drogas realizadas por mulheres e como se dá a dinâmica de atendimento a partir das percepções dos profissionais de saúde da atenção básica. Logo de início percebemos a dificuldade dos profissionais a fazer essa diferenciação nos relatos, o que ressalta a tendência a homogeneização do cuidado, com pouca ou quase nenhuma abordagem de gênero, sem que se leve em conta as diferenças entre os sexos, sejam elas psicológicas, fisiológicas ou sociais. Percebemos ser necessário abordar a questão, não só do uso prejudicial de mulheres, mas do uso prejudicial em geral, de forma mais ampliada, levando em consideração fatores sociais, culturais e econômicos que perpassam esse fenômeno em discussões, problematizações e estudos e fundamentalmente na qualificação das equipes, com objetivo de proporcionar à Atenção Básica condições efetivas para identificar, acolher e atender as demandas relacionadas ao uso prejudicial de drogas.

O uso prejudicial de álcool e drogas relaciona-se a riscos e prejuízos de saúde que o tornam o seu cuidado um desafio para a saúde pública, a Atenção Básica além de possibilitar um serviço com melhor custo benefício para as políticas públicas, podem melhorar o acesso desses usuários ao cuidado, beneficiá-los de uma abordagem integral, aliando a saúde mental a saúde física (OMS/WONCA, 2009).

Verificamos que as ferramentas e técnicas reconhecidas para manejo de casos na atenção básica, como por exemplo a detecção precoce e a intervenção breve, apesar de sugerida para todos os profissionais de saúde, ficam reservadas ao grupo de profissionais de saúde responsável pela Saúde Mental – psiquiatras, psicólogos e equipe de Consultório na Rua. Além disso fica notória a carência da interação entre a unidade básica de saúde e os serviços especializados, por motivos diversos e alheios aos anseios dos profissionais de saúde, como a dificuldade da articulação da rede, a insuficiência de profissionais frente a demanda, etc. Essa interação, tanto com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família quanto com os Centros de Atenção Psicossocial são de extrema importância para suportar a atuação dos profissionais que não se sentem qualificados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas pela complexidade das situações clínicas e psicossociais que envolvem o trabalho em saúde mental na atenção básica (CARVALHO, 2016).

A falta de um fluxo organizativo para o atendimento dos casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas, bem como a compreensão de que a lógica da Redução de Danos está

ligada mais a promoção de qualidade de vida que a ausência de doença, aumenta a dificuldade dos profissionais de saúde, que apesar de em alguns momentos desenvolverem ações de cuidado nesse sentido, tem a sensação de impotência e frustração ao não conseguir perceber seu atendimento ou encaminhamento como resolutivo, quando na verdade o que é caro nessa relação do cuidado é justamente a construção de um vínculo que possa ofertar àquela usuária o vislumbre de novas oportunidades de cuidado na busca de uma vida mais autônoma.

Para Bezerra (2007), as ações de saúde mental possuem como desafio fazer do sofrimento mental uma questão humana que vai além das fronteiras do discurso técnico ou do saber psiquiátrico. No modelo psicossocial, adotado pela Reforma Psiquiátrica e pelo campo da saúde mental, a participação e implicação do sujeito no seu tratamento são valorizados, levando em consideração os múltiplos fatores envolvidos nos processos de adoecimento ou sofrimento psíquico. Muito mais que conhecer os encaminhamentos, ressaltamos a importância da comunicação efetiva entre os profissionais e serviços e a discussão de casos de forma conjunta, a corresponsabilização pela saúde do outro, a realização de grupos e oficinas terapêuticas, a aproximação da comunidade como forma de construção de saberes (SOUZA, 2015) como forma de construção de saberes e de um cuidado compartilhado e possível de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

As mudanças na prática profissional requerem qualificação dos profissionais para o desenvolvimento de práticas em saúde mental, voltadas não apenas para dentro do serviço, mas para a ampliação da clínica e atenção psicossocial, usufruindo das possibilidades do território. Porém, essa qualificação não deve ser de busca espontânea, mas uma estratégia permanente do setor saúde, tanto na formação de novos profissionais quanto para aqueles que já estão atuando no serviço.

No que tange particularmente a questão da mulher que faz uso prejudicial de álcool e drogas, fica explícito a situação a que estão expostas grande parte dessas mulheres, em um território carente de serviços, segurança e extremamente vulnerabilidade social e sanitária. Soma-se a essa situação o fato de muitas dessas mulheres se encontrarem sós como provedoras do lar, a disponibilidade e a naturalização do uso de substâncias lícitas e ilícitas no território.

Sobre as práticas de acolhimento e intervenções oferecidas na unidade, prevalecem práticas de encaminhamento e matriciamento para a equipe de saúde mental o que acaba por provocar um gargalo de atendimento na unidade, visto que se tratam de poucos profissionais

para dar conta de toda a gama de problemas de saúde mental na população adscrita na unidade ou de referenciamento para os CAPS do território.

Destaca-se o potencial de intervenção e prevenção sobre o uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes Sociais da equipe de Consultório na Rua, visto que tem maior proximidade e possibilidade de vinculação com as usuárias do serviço através da visita domiciliar.

Outro potencial identificado são as intervenções e campanhas de cuidado ginecológico estarem atrelados a campanhas informativas e intervenções específicas sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas, abrindo um horizonte de cuidado para essas usuárias.

A discussão do tema se faz ainda mais relevante em um momento atual de retrocesso na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, através da NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS que sugere a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), incentivando assim o retorno à lógica manicomial.

O presente estudo tem por limitações a descrição de uma dada realidade que não pode ser generalizável. Recomenda-se, portanto, o desenvolvimento de outros estudos multiprofissionais que ampliem a discussão da abordagem de gênero na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, bem como o processo de formação profissional do cuidado em saúde mental para profissionais da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

ALARCON, S. **O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas.** In: JORGE, Marco Aurélio Soares; CARVALHO, Maria Cecília de Araújo; SILVA, Paulo Roberto Fagundes. Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. Editora Fiocruz, 2014.

ANDRADE, T. M. **Redução de danos: um novo paradigma?** In: Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. EDUFBA, 2004.

AQUINO, M.T.C. de. **“A Mulher e a droga: Motivação para o uso, efeitos diferenciados, tratamento e possibilidades de prevenção”.** In: BAPTISTA, M.; INEM, C. (orgs). **Toxicomanias, abordagem multidisciplinar.** RJ, NEPAD/UERJ, Ed. Sette Letras, 1997.

ARAUJO, N. B. de et al . **Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT.** J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, 2012.

BAETA, S. R. **A Articulação entre os Serviços de Atenção Básica em Saúde e o CAPS-AD III no Município de Barbacena - MG: dificultadores e facilitadores.** Dissertação. PPGPSI-UFSJ. São João del Rei, 2016.

BANDEIRA Lourdes; ALMEIDA, Tânia Mara C. **A transversalidade de gênero nas políticas públicas.** Revista do Ceam, v. 2, n. 1, jan./jun. 2013

BARDIN, Laurance. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, Marcelle Aparecida de; PILLON, Sandra Cristina. **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES FRENTE AO USO DE DROGAS.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 01, p. 144 – 149, 2006.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Ict; Fiocruz, 2014.

BERTONI, N. et al **Exploring sex differences in drug use, health and service use characteristics among young urban crack users in Brazil.** Int. J. Equity Health, Londres, v. 13, 2014.

BEZERRA J.R.B. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.243-250, 2007.

BOLZAN, Liana de Menezes. **Onde Estão As Mulheres?: A Homogeneização Da Atenção à Saúde Da Mulher Que Faz Uso De Drogas**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2004.

CARVALHO, M.C.A. **O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas**. In: JORGE, Marco Aurélio Soares; CARVALHO, Maria Cecília de Araujo; SILVA, Paulo Roberto Fagundes. Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. Editora Fiocruz, 2014.

CORRIGAN, P. W. et al. **How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse**. Psychiatric Service, v. 56, n. 5, p. 544-550, 2005.

DUTRA, Roberto; HENRIQUES, Vanessa. **O poder discricionário dos agentes institucionais que lidam com usuários de crack: invisibilidade de classe e estigma de gênero**. In: **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016. p. 305-327.

ESPER, L.H. et al . **Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, 2013.

ESPINHEIRA, G. **Os tempos e os espaços das drogas**. In: ALMEIDA, A.R. et al (orgs.). In: **Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo**. Salvador: EDUFBA, Cetad/UFBA, 2004.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. **O perfil dos usuários do CAPSAD-Blumenau e as Políticas Públicas em saúde mental**. Psicologia & Sociedade, 2009.

GARCIA, E.L.; ZACHARIAS; D.G.; WINTER, G.; SONTAG, J.. **(Re)conhecendo o perfil do usuário de crack de Santa Cruz do Sul**. Barbarói; (36,n.esp): 83-95, jan.-jun. 2012

- GRAEVER, Leonardo. **A assistência ao indivíduo com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas ilícitas na Estratégia Saúde da Família**. 2013. 85 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- GREENFIELD S., BROOKS A., GORDON S., et al. **Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature**. Drug and Alcohol Dependence. 2007;86:1–21
- GUZMAN, O.R.; JIMENEZ, M.L. **Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad**. Oñati International Institute for the Sociology of Law, 2012.
- KATSURAYAMA, Marilise et al . **Trabalho e sofrimento psíquico na estratégia saúde da família: uma perspectiva Dejouriana**. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 414-419, 2013 .
- LAKATOS EM, Marconi MdeA. **Fundamentos da metodologia científica**. 4ª ed São Paulo: Atlas; 2001.
- LANCMAN, Selma et al . **Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 682-688, Aug. 2009 .
- LAPORT, Tamires Jordão et al . **Percepções e Práticas dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde na Abordagem sobre Drogas**. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília , v. 32, n. 1, p. 143-150, Mar. 2016 .
- LARANJEIRA R, PINSKY I, SANCHES M, ZALESKI M, CAETANO R. **Alcohol use patterns among Brazilian adults**. Rev Bras Psiquiatr 2010; 32: 231–41
- MACEDO, F.S.; ROSO, A; LARA, M.P. **"Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva."** Saúde e Sociedade 24.4, 2015.
- MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. **Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres**. Texto & Contexto – Enfermagem. 22 (3), 662-670. 2013.

MELO, Bárbara Cristina de Assis; ASSUNCAO, Júlia Inácia Vieira; VECCHIA, Marcelo Dalla. **Percepções do Cuidado aos Usuários de Drogas por Agentes Comunitários de Saúde**. *Psicol. pesq.*, Juiz de Fora , v. 10, n. 2, p. 57-66, dez. 2016 .

OLIVEIRA J. F., NASCIMENTO E. R., PAIVA M. S., **Heterogeneidade de usuários (as) de drogas**. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA). **Integração de Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários: uma perspectiva global**. Lisboa: Coordenação para a Saúde Mental, 2009. Disponível em

<https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf>. Acesso em: 2019.

OLIVEIRA, Marina Castro de; RONZANI, Telmo Mota. **Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 32, n. 3, p. 648-661, 2012 .

OLIVEIRA, V. C.; et al. **Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS AD do sul do Brasil**. *Rev. Baiana de Enfermagem*; 31(1)2017

PALM, J. (2006). **Moral concerns – Treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems**. Doctor's degree thesis, University of Stockholm, Stockholm.

PARDO, L.S. **Género y drogas: Guía informativa: drogas y género: Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer de Galicia**. Galicia: Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, 2009.

PEIXOTO, C. et al . **Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad)**. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro , v. 59, n. 4, p. 317-321, 2010.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de referência rápida: álcool e outras drogas: tratamento e acompanhamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas: versão profissional**. Rio de Janeiro: SMS, PCRJ, 2016. 95p.

SANTOS, Francéli Francki dos e Ferla, Alcindo Antônio. **Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2017

SCOTT, Joan Wallach. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação & Realidade. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995

SILVEIRA, Pollyanna Santos da; MARTINS, Leonardo Fernandes; RONZANI, Telmo Mota. **Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde**. Psicol. teor. prat., São Paulo , v. 11, n. 1, p. 62-75, jun. 2009 .

SOUZA, Isabel Cristina Weiss de; RONZANI, Telmo Mota. **Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação**. Psicol. estud., Maringá , v. 17, n. 2, p. 237-246, June 2012 .

SOUZA, A.C. **Estratégias de Inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica: um movimento das marés**. São Paulo, Hucitec, 2015.

SUN, A.P. **Helping Substance-Abusing Women of Vulnerable Populations: Effective Treatment Principles and Strategies**. New York: Columbia University Press, 2009

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World Drug Report 2015**. Viena: UNODC; 2015.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World Drug Report 2016**. Viena: UNODC; 2016.

VERNAGLIA, T. V. C.; VIEIRA, R.A.; CRUZ, M.S.. **Crack cocaine users living on the streets – gender characteristics**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1851-1859, June 2015

VOLPICCELI JR, Markman I, MONTEROSSO J, Filing J, O'BRIEN CP. **Psychosocially enhanced treatment for cocaine-dependent mothers: Evidence of efficacy**. Journal of Substance Abuse Treatment. 2000;18(1):41–49.

WAGNER, G.A. et al. **Alcohol and drug use among university students: gender differences**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 29, n. 2, p. 123-129, June 2007 .

WOLLE, C. C. et al . **Differences in drinking patterns between men and women in Brazil.** Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 33, n. 4, p. 367-373, Dec. 2011

WOLLE, C. C; ZILBERMAN, M. L. (2011). **Mulheres.** In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C. & LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas,** Porto Alegre: Artmed, p.375-382.

ZILBERMAN ML. **Características clínicas da dependência de drogas em mulheres [tese de doutorado].** São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1998.

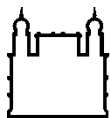
**APENDICE I - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

| | | | |
|--|---------------------|---|--|
| Data de Nascimento: __/__/____ | | Sexo: () Feminino () Masculino | |
| Escolaridade: | | | |
| () Ensino Fundamental I - 1o ao 5o ano | | () Ensino Fundamental II - 6o ao 9o ano | |
| () Ensino Médio | () Ensino Superior | () Pós Graduação | |
| Ocupação: | | Tempo de atuação na unidade (anos): | |
| Em caso de profissional de nível de superior, qual a sua formação? | | | |
| Você tem conhecimento de homens/mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas sendo atendidas nesta unidade de saúde? | | | |
| Como se identificam esses casos? Em geral, é o motivo da consulta? | | | |
| Você percebe diferenças no tipo de uso (tipo de substância, tempo de uso, acometimento) entre homens e mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas? | | | |
| Você percebe diferenças no atendimento de homens e mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas? Quais? | | | |
| Participou de alguma capacitação/treinamento na área de saúde mental / álcool e drogas? | | | |
| Participou de alguma capacitação/treinamento sobre especificidades de gênero na saúde? | | | |
| A seu ver quais são as necessidades e demandas das usuárias que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas? | | | |
| Quais são as intervenções oferecidas para essas usuárias na unidade? | | | |
| Existe um planejamento/fluxo de atendimento para esses casos na unidade? Quais? | | | |
| Como se dá o encaminhamento dos usuários para o serviço especializado (CAPS AD) / hospital psiquiátrico? | | | |
| Como se dá a integração do seu serviço com as unidades especializadas para acompanhamento dos usuários? | | | |
| A família é encorajada a acompanhar o tratamento? Existe alguma intervenção familiar? | | | |
| Você tem sugestões de melhoria para o atendimento dessas mulheres? | | | |

Caso você nunca tenha atendido esses casos, qual é o atendimento que você compreende que deveria ser oferecido para estes casos nesse serviço?

APENDICE II - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS GESTORES

| | |
|--|------------------------------------|
| Data de Nascimento: __/__/_____ | Sexo: () Feminino () Masculino |
| Função: | |
| Formação Profissional: | |
| () Pós Graduação | |
| Unidade: | Tempo de gestão na unidade (anos): |
| Existe algum fluxo de trabalho na unidade para o atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas? Qual? | |
| Quais são os serviços oferecidos na unidade para pessoas que fazem uso prejudicial em álcool e drogas? | |
| Existe um acompanhamento do número de casos de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas atendidos na unidade? Existe algum material consolidado dessas informações? | |
| Existe alguma meta de atendimentos que deva ser alcançada pela unidade? | |
| Existe algum treinamento específico para a equipe para o atendimento a pessoas que fazem uso prejudicial em álcool e drogas? Qual? E para as especificidades de gênero? | |



ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENTREVISTAS

MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr(a) para participar da Pesquisa PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O ATENDIMENTO DE MULHERES QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA DA AP 3.1 NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, do programa de pós-graduação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ sob orientação da professora doutora Maria Cecília de Araújo Carvalho.

A pesquisa tem como objetivo conhecer as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica quanto ao atendimento de mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas na Clínica da Família Victor Valla da área programática 3.1.

Sua participação se dará de forma voluntária, através da resposta a uma entrevista com duração aproximada de uma (1) hora. A entrevista será gravada em áudio e levantará questões relacionadas à sua experiência enquanto profissional de saúde da Clínica da Família Victor Valla, do NASF Manguinhos e do Consultório na Rua de Manguinhos no atendimento a usuários que fazem uso prejudicial de álcool e drogas. Sempre que necessário, darei todos os esclarecimentos para que você fique inteiramente à vontade durante a entrevista, inclusive deixe de responder perguntas, desista da entrevista ou retire o consentimento. Caso qualquer questão formulada cause algum constrangimento ou desconforto, você terá direito a se abster da entrevista, sem nenhum prejuízo para si.

As informações fornecidas serão úteis para a produção científica sobre as questões relacionadas às políticas públicas sobre drogas no Brasil e para a implementação de possíveis melhorias no serviço. Seu nome não será mencionado ou identificado em momento algum; comprometemo-nos em manter sua identidade no anonimato. Faz-se de suma importância esclarecer a todos os envolvidos que o sigilo será mantido ao realizar as entrevistas por envolver questões éticas.

Uma cópia do projeto de pesquisa ficará disponível para sua consulta. O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo de consentimento na qual consta o telefone e o endereço do responsável pela pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição responsável, para

que você possa entrar em contato com a equipe para questionar algum ponto da pesquisa, ou solicitar algum outro esclarecimento.. Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em palestras, artigos científicos, congressos e relatórios;

Bruna Maria Dantas Caravina - Pesquisadora responsável
Rua do Russel, 344 ap 401 A – Glória - Rio de Janeiro
(21)98012-8349 - nataliaserafim@gmail.com
Maria Cecília de Araújo Carvalho - orientadora do projeto

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/EPSJV/FIOCRUZ
cep@epsjv.fiocruz.br
Av. Brasil, 4365 – Manguinhos CEP: 21040-900
(21)3865-9705

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde – Rio de Janeiro
Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 -Centro – RJ - CEP: 20031-040
Telefone: 2215-1485
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Consentimento Pós-Infomação

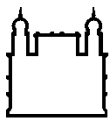
Declaro estar ciente das informações deste termo de consentimento e estou ciente que esta cópia ficará arquivada pelos organizadores da pesquisa.

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura da Profa. Orientadora

Data: ___/___/_____



ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Secretaria Municipal de Saúde

MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Convidamos o(a) Sr(a) para participar da Pesquisa PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O ATENDIMENTO DE MULHERES QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA DA AP 3.1 NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, do programa de pós-graduação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ sob orientação da professora doutora Maria Cecília de Araújo Carvalho.

A pesquisa tem como objetivo conhecer as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica quanto ao atendimento de mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas na Clínica da Família Victor Valla da área programática 3.1.

Sua participação se dará de forma voluntária, através da participação em uma reunião de equipe, na unidade básica de saúde em que trabalha, na qual a pesquisadora responsável fará observação participante com a intenção de aproximar-se do contexto da unidade, confrontando o roteiro de entrevistas previamente construído através do resultado de pesquisa bibliográfica de trabalhos publicados, manuais e protocolos de saúde relacionado ao tema de álcool e drogas na Atenção Básica. Na observação participante, o pesquisador se aproxima dos participantes da pesquisa, compartilhando de suas atividades cotidianas, buscando obter uma compreensão de um tema ou situação particular.

Sempre que necessário, darei todos os esclarecimentos para que você fique inteiramente à vontade durante a entrevista, inclusive para desistir de participar ou retirar o seu consentimento.

As informações fornecidas serão úteis para a produção científica sobre as questões relacionadas às políticas públicas sobre drogas no Brasil e para a implementação de possíveis melhorias no serviço. Seu nome não será mencionado ou identificado em momento algum; comprometemo-nos em manter sua identidade no anonimato.

Faz-se de suma importância esclarecer a todos os envolvidos que o sigilo será mantido ao realizar a observação participante por envolver questões éticas.

Uma cópia do projeto de pesquisa ficará disponível para sua consulta. O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo de consentimento na qual consta o telefone e o endereço do responsável pela pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição responsável, para que você possa entrar em contato com a equipe para questionar algum ponto da pesquisa, ou solicitar algum outro esclarecimento.. Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em palestras, artigos científicos, congressos e relatórios;

Bruna Maria Dantas Caravina - Pesquisadora responsável
 Rua do Russel, 344 ap 401 A – Glória - Rio de Janeiro
 (21)98012-8349 - nataliaserafim@gmail.com
 Maria Cecília de Araújo Carvalho - orientadora do projeto

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/EPSJV/FIOCRUZ
 cep@epsjv.fiocruz.br
 Av. Brasil, 4365 – Manguinhos CEP: 21040-900
 (21)3865-9705

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde – Rio de Janeiro
 Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 -Centro – RJ - CEP: 20031-040
 Telefone: 2215-1485
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Consentimento Pós-Infirmação

Declaro estar ciente das informações deste termo de consentimento e estou ciente que esta cópia ficará arquivada pelos organizadores da pesquisa.

 Assinatura do participante

 Assinatura do Pesquisador Responsável

 Assinatura da Profa. Orientadora

Data: ___/___/_____

ANEXO C – CAGE

- (1) Você já pensou em largar a bebida?
- (2) ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber?
- (3) se sentiu mal ou culpado pelo fato de beber?
- (4) bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca (abrir os olhos?).

A presença de duas respostas afirmativas sugerem uma indicação positiva de dependência de álcool. Apesar dos problemas relacionados ao álcool apresentarem um continuum de gravidade, o teste CAGE é bastante preciso para identificar pacientes ambulatoriais dependentes de álcool conforme a definição dos critérios DSM-III-R, E DSM-IV a classificação americana de transtornos mentais.

ANEXO D – AUDIT

Questionário AUDIT

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semanas
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

ANEXO E- ASSIST

Nome: _____ Registro _____
 Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

| 1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico) | NÃO | SIM |
|---|-----|-----|
| a. derivados do tabaco | 0 | 3 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 3 |
| c. maconha | 0 | 3 |
| d. cocaína, crack | 0 | 3 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 3 |
| f. inalantes | 0 | 3 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 3 |
| h. alucinógenos | 0 | 3 |
| i. opióides | 0 | 3 |
| j. outras, especificar | 0 | 3 |

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

| 3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)) | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|--|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. maconha | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. cocaína, crack | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. inalantes | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. alucinógenos | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. opióides | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. outras, especificar | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras – especificar:

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

| 2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc) | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|--|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| c. maconha | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d. cocaína, crack | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f. inalantes | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| h. alucinógenos | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| i. opióides | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| j. outras, especificar | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

| 4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro? | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|---|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. maconha | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. cocaína, crack | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. inalantes | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. alucinógenos | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. opióides | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. outras, especificar | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc)*, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

| | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|--------------------------|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| c. maconha | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| d. cocaína, crack | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| e. anfetaminas ou éxtase | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| f. inalantes | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| h. alucinógenos | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| i. opióides | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| j. outras, especificar | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)* e não conseguiu?

| | NÃO, Nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 6 | 3 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 6 | 3 |
| c. maconha | 0 | 6 | 3 |
| d. cocaína, crack | 0 | 6 | 3 |
| e. anfetaminas ou éxtase | 0 | 6 | 3 |
| f. inalantes | 0 | 6 | 3 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 6 | 3 |
| h. alucinógenos | 0 | 6 | 3 |
| i. opióides | 0 | 6 | 3 |
| j. outras, especificar | 0 | 6 | 3 |

• **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)*?

| | NÃO, Nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 6 | 3 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 6 | 3 |
| c. maconha | 0 | 6 | 3 |
| d. cocaína, crack | 0 | 6 | 3 |
| e. anfetaminas ou éxtase | 0 | 6 | 3 |
| f. inalantes | 0 | 6 | 3 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 6 | 3 |
| h. alucinógenos | 0 | 6 | 3 |
| i. opióides | 0 | 6 | 3 |
| j. outras, especificar | 0 | 6 | 3 |

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção?
(Apenas uso não médico)

| NÃO, nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|------------|--------------------------|----------------------------------|
| | | |

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável



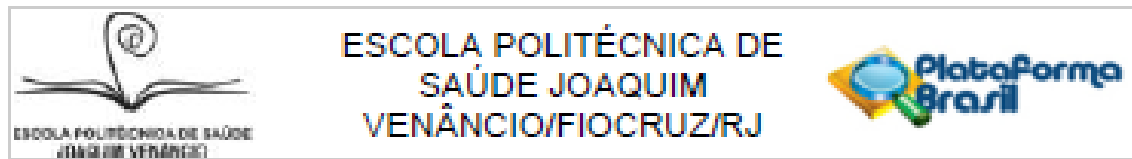
PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

| | Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7 | Nenhuma intervenção | Receber Intervenção Breve | Encaminhar para tratamento mais intensivo |
|----------------------|--|---------------------|---------------------------|---|
| Tabaco | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Álcool | | 0-10 | 11-26 | 27 ou mais |
| Maconha | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Cocaína | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Anfetaminas | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Inalantes | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Hipnóticos/sedativos | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Alucinógenos | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Opióides | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.
Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

i. *outras* (primeira, segunda, etc, terceira droga, etc...)
j. *outras* – especificar:

ANEXO F – PARECER PLATAFORMA BRASIL EPSJV



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O ATENDIMENTO DE MULHERES QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA AP 3.1 NA CIDADE DO RIO DE

Pesquisador: BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96237018.7.0000.5241

Instituição Proponente: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.966.182

Apresentação do Projeto:

O presente estudo está sendo desenvolvido no âmbito do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz, sob orientação da professora Maria Cecília de Araújo Carvalho.

A pesquisa buscará identificar a compreensão dos profissionais de saúde quanto ao atendimento de mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, no atendimento de Atenção Básica da área programática 3.1, na Clínica da Família Vitor Valla e no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, percebendo como é detectado o registro deste uso e como se dá a atuação das equipes no atendimento aos usuários do serviço. Além disso, buscará perceber os enfoques/particularidades de gênero no atendimento e identificar barreiras e fatores facilitadores ao atendimento à mulher que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A metodologia utilizada será de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, sobre práticas e concepções a respeito do uso prejudicial de álcool e outras drogas por mulheres, utilizando-se de estudo de caso para pesquisa de campo e valendo-se, como instrumentos, de entrevistas semi estruturadas com profissionais de saúde e reuniões de equipes com observação participante.

Está sendo prevista a realização de 38 entrevistas e duas reuniões de equipe com observação participante nos dois centros onde se dará o trabalho de campo da pesquisa. Serão entrevistados todos os profissionais que atuam no atendimento aos usuários atinentes ao tema tratado que se

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-900

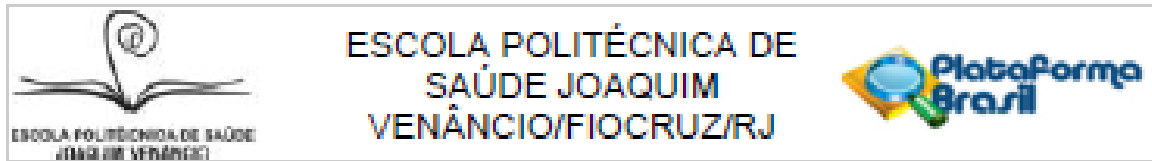
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-0710

Fax: (21)3865-0720

E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.888-182

dispuserem a participar da pesquisa.

A relevância da pesquisa, destacada pela autora, se dá por reconhecer que estas mulheres, em especial, constituem um subgrupo diferenciado, com características e necessidades específicas, tanto para diagnóstico como para tratamento, dentro de um problema de saúde pública e social, que configura-se como um grande desafio tanto para as políticas públicas quanto para os sistemas de saúde em todo o mundo.

O estudo pretende contribuir para o planejamento de intervenções mais apropriadas e direcionadas para o público em questão, considerando, dentre tantas particularidades, as diferenças de gênero e o modelo de atenção vigente para reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas no Brasil, apontadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004). O projeto ressalta que as questões relacionadas a gênero devem ser respeitadas como um dos determinantes na formulação das políticas públicas por essas implicarem em um forte impacto nas condições de saúde das mulheres, haja vista a histórica desigualdade entre homens e mulheres. Destaca, também, que ao trabalhar com a categoria gênero, a pesquisa pretende ir além das diferenças biológicas entre homens e mulheres, considerando as relações sociais e históricas de poder que explicam essas desigualdades.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta como objetivo identificar as percepções de profissionais de saúde da Atenção Básica da área programática 3.1, na Clínica da Família Vitor Valla e no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, sobre o atendimento de mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não aponta a possibilidade de riscos mínimos ao longo do trabalho de campo. Como Benefícios a pesquisa pretende contribuir para o planejamento de intervenções mais apropriadas e direcionadas para o público em questão, conforme apontado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta está bem embasada conceitualmente e não apresenta problema com relação a ética em pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nos termos de apresentação obrigatória foram incorporadas a Folha de Rosto, devidamente

Endereço: Avenida Brasil, 4365
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3885-0710 Fax: (21)3885-0729 E-mail: cep@epejv.fiocruz.br



ESCOLA POLITECNICA DE
SAÚDE JOAQUIM
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



Continuação do Parecer: 2.000.102

| | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Observacao_Participante.pdf | 25/09/2018 20:47:47 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| Cronograma | cronograma.pdf | 25/09/2018 20:47:13 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Entrevistas.pdf | 25/09/2018 20:39:52 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| Outros | Qualificacao.PDF | 20/08/2018 11:22:20 | Marcio Sacramento de Oliveira | Acelto |
| Folha de Rosto | folha_rostoBMDC.pdf | 17/08/2018 09:46:38 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| Orçamento | orcamento.pdf | 17/08/2018 09:06:51 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| Outros | CurriculoBMDC.pdf | 17/08/2018 08:53:14 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| Outros | Carta_Anuencia_Unidades.PDF | 17/08/2018 08:47:29 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| Outros | Carta_Anuencia_cap31.PDF | 17/08/2018 08:30:22 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| Outros | carta_apresentacao_orientadora.pdf | 17/08/2018 08:29:38 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Outubro de 2018

Assinado por:
Marcio Sacramento de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-0710 Fax: (21)3865-0720 E-mail: cep@epsv.fiocruz.br

ANEXO G – PAREECER PLATAFORMA BRASIL SMS/RJ

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



PAREECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O ATENDIMENTO DE MULHERES QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA AP 3.1 NA CIDADE DO RIO DE

Pesquisador: BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96237018.7.3001.5279

Instituição Proponente: SMSDC COORDENADORIA GERAL DE SAÚDE AP 31

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PAREECER

Número do Parecer: 3.100.727

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa reapresentado a este CEP para apreciação de pendências.

Objetivo da Pesquisa:

* **Objetivo Primário:**

- Conhecer as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica quanto ao atendimento de mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

* **Objetivos Secundários:**

- Identificar a compreensão dos profissionais de saúde quanto ao tema do uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- Identificar como é feita a detecção e o registro do uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- Descrever a atuação das equipes no atendimento aos usuários do serviço que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- Compreender os enfoques/particularidades de gênero no atendimento;
- Identificar barreiras e fatores facilitadores ao atendimento à mulher que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

* **Riscos:**

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepems@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.100.727

- Será realizado contato prévio com os profissionais, a fim de agendar data e hora para a realização das entrevistas. De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde todos os participantes serão convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Faz-se de suma importância esclarecer a todos os envolvidos que o sigilo será mantido ao realizar as entrevistas por envolver questões éticas envolvidas.

* Benefícios:

- O estudo pretende contribuir para o planejamento de intervenções mais apropriadas e direcionadas para o público em questão, considerando, dentre tantas particularidades, as diferenças de gênero e o modelo de atenção vigente para reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências solicitadas foram atendidas. Pesquisa a ser realizada na Clínica da Família Victor Valla e CSE Germano Sinval Faria.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pendência de Folha de Rosto aceita, embora haja possibilidade de ser gerada uma nova Folha de Rosto. Demais termos foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 18, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepems@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.100.727

| | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEObservacao.pdf | 13/12/2018 11:03:11 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| Cronograma | cronograma.pdf | 13/12/2018 10:52:08 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Pesquisa_BMDC_25set18.pdf | 25/09/2018 20:49:52 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Observacao_Participante.pdf | 25/09/2018 20:47:47 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Entrevistas.pdf | 25/09/2018 20:39:52 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| Outros | Qualificacao.PDF | 20/08/2018 11:22:20 | Mardo Sacramento de Oliveira | Acelto |
| Outros | CurriculoBMDC.pdf | 17/08/2018 08:53:14 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| Outros | Carta_Anuencia_Unidades.PDF | 17/08/2018 08:47:29 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| Outros | Carta_Anuencia_cap31.PDF | 17/08/2018 08:30:22 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |
| Outros | carta_apresentacao_orientadora.pdf | 17/08/2018 08:29:38 | BRUNA MARIA DANTAS CARAVINA | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 21 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Salsela Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

ANEXO H –RESPOSTA DA SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES

Processo nº 00077.000120/2018-51

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Secretaria de Governo
Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres
Departamento de Ações Temáticas

Brasília, 21 de fevereiro de 2018.

Relatório nº 001/2018/DAT/SNPM/SEGOV-PR

Processo: LAI NUP 00077.000120/2018-51

Interessada: Bruna Caravina

**Relatório das ações relacionadas a Linha de Ação 3.11.
Promoção da atenção à saúde mental das mulheres com sofrimento
mental causado pelo uso de substâncias psicoativas (álcool, crack e
outras drogas, agrotóxicos)
do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - 2013 a 2015**

I OBJETO DO RELATÓRIO

1. Apresenta resposta ao pedido de informações relativo à Lei de Acesso à Informação - LAI (Lei nº 12.527/2011, regulamentada pelo Decreto nº 7.724/2012) NUP **00077.000120/2018-51**, protocolado pela cidadã **Bruna Caravina** no Serviço de Informações ao Cidadão do Palácio do Planalto (SIC-PP), que solicita "**Relatório das ações relacionadas a Linha de Ação 3.11. Promoção da atenção à saúde mental das mulheres com sofrimento mental causado pelo uso de substâncias psicoativas (álcool, crack e outras drogas, agrotóxicos) do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - 2013 a 2015**", apresentamos a seguir a resposta desta Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres (SNPM/SEGOV/PR).

II AÇÕES RELACIONADAS A LINHA DE AÇÃO 3.11 DO PNPM - 2013 A 2015

2. O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - 2013 a 2015 tem em seu Capítulo relativo à **Saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos**, uma Linha de Ação voltada exclusivamente para a saúde mental das mulheres, a saber: 3.11 "**Promoção da atenção à saúde mental das mulheres com sofrimento mental causado pelo uso de substâncias psicoativas (álcool, crack e outras drogas, agrotóxicos)**". Esta Linha de Ação abarca três Ações, sendo que a SNPM consta como órgão responsável apenas na Ação 3.11.1, tarefa compartilhada com o Ministério da Saúde - que é a pasta responsável pela execução das ações de saúde - e com parceria da Secretaria de Direitos Humanos, atual Ministério dos Direitos Humanos. Nas demais Ações da Linha de Ação 3.11 o órgão responsável é unicamente o Ministério da Saúde, sendo que a Ação 3.11.3 conta com a parceria da Funai.

Essas Ações são:

- Ação **3.11.1**, “Fomentar estudos e pesquisas que avaliem a correlação de desigualdades de gênero, raça/cor, classe social, com os diversos padrões de uso de substâncias psicoativas” (responsabilidade conjunta do MS e da SPM);
- Ações **3.11.2** “Implantar na rede de atenção psicossocial (atenção básica, centros de atenção psicossocial, unidades de acolhimento, leitos de saúde mental em hospital geral) estratégias de cuidado que considerem a determinação de gênero no sofrimento mental causado pelo uso de substâncias psicoativas” (tem por órgão responsável apenas o MS); e
- Ação **3.11.3** “Elaborar estratégias de educação permanente para profissionais da rede de saúde mental, matriciadores e profissionais dos Nasfs (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) que abordem como as desigualdades de gênero, raça/cor, classe social, podem ser determinantes no sofrimento mental causado pelo uso de substâncias psicoativas (álcool, crack, agrotóxicos etc.), na perspectiva de inserção das mulheres usuárias de crack e outras drogas na rede de serviços de saúde garantindo acesso e continuidade do cuidado a partir da Atenção Básica” (tem por órgão responsável apenas o MS).

3. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada pela Área Técnica de Saúde da Mulher (atualmente Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres) do Ministério da Saúde em 2004, foi concebida em parceria com diversas áreas e departamentos do Ministério da Saúde, com a Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres e com segmentos do movimento de mulheres, buscando assimilar as reivindicações dos diversos movimentos sociais no intuito de oferecer diretrizes técnico-políticas para a atenção à saúde das mulheres no país. A PNAISM, no momento de sua construção foi apresentada e debatida no Conselho Nacional de Saúde (CNS) com o objetivo de ser reconhecida como uma política de Estado e assim assimilada pelas instâncias de decisão e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

4. A PNAISM afirma que o SUS deve estar orientado e capacitado para a atenção integral a saúde da mulher, em uma perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde desta população, o controle das doenças e agravos de maior ocorrência nesse grupo e a garantia do direito à saúde. Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro, aos casos de violência doméstica e sexual, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina, a redução da morbimortalidade por câncer na população feminina. Para além da saúde sexual e reprodutiva, consta dentre os objetivos específicos da PNAISM **implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero**. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, como a mulher no climatério, a mulher na terceira idade, a mulher negra, as mulheres trabalhadoras do campo e da cidade, a mulher indígena, as mulheres em situação de prisão.

5. No tocante à implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero, a PNAISM orienta que deve-se:

- Melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS;
- Qualificar a atenção à saúde mental das mulheres;
- Incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais.

6. De acordo com as informações do Ministério da Saúde (MS), pasta responsável pela execução das ações de saúde, os investimentos para a ampliação e qualificação a assistência aos pacientes de saúde mental vem sendo retomados. Em dezembro de 2017 o MS anunciou a destinação de R\$ 320 milhões para fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é responsável pelos atendimentos em saúde mental, desde os transtornos mais graves até os menos complexos no Sistema Único de Saúde (SUS).

7. Ainda para fortalecer as ações de cuidado de base comunitária, o Ministério da Saúde se comprometeu a expandir a rede existente, financiando novas equipes de saúde mental multiprofissionais para atendimento ambulatorial, que vão atuar e dar suporte aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família. Para este ano, serão financiadas 100 novas equipes para atendimento especializado, com um investimento de R\$ 15 milhões ao ano.

8. De acordo com o MS, entre as medidas, também está prevista a criação de um novo modelo de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para cenas de uso de drogas, especialmente o crack. Os CAPS AD IV funcionarão 24h com equipes multiprofissionais e serão instalados em regiões metropolitanas (acima de 500 mil habitantes). O investimento inicial previsto é de cerca de R\$ 18 milhões para criação de cinco unidades. Esses CAPS serão construídos para oferecer apoio em saúde mental às regiões conhecidas como cracolândias, por exemplo. Eles vão atuar junto aos consultórios na rua e integrados a outros pontos de atenção da RAPS e de forma intersetorial com a Assistência Social e outras áreas.

9. Na implantação de **um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero**, a rede de saúde já dispõe de dispositivos e pontos de atenção para promoção da atenção à saúde mental das mulheres com sofrimento mental causado pelo uso de substâncias psicoativas. Um desses dispositivos é a Nota Técnica Conjunta MS/MDS nº 001/2016 (10/05/2016) Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool, crack ou outras drogas e seus filhos recém-nascidos, escrita conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério de Desenvolvimento Social, que dá orientações para gestores e profissionais de saúde e de assistência social sobre possibilidades para prestar atenção integral e não violadora de direitos a esse público, efetivando a autonomia da mulher e garantindo o direito à convivência familiar e comunitária a ela e ao recém-nascido. Documento anexo a este relatório (0511368).

10. Consonante com a lógica de cuidado atualmente vigente, destaca-se a importância de qualificar os profissionais de saúde, em especial os da Atenção Básica, sobre o tema. As equipes da atenção básica podem solicitar, caso necessário, o apoio matricial dos profissionais de Saúde Mental, por intermédio dos NASF, equipes de Consultório na Rua e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial do município. Alguns casos considerados mais

graves, que precisam de um cuidado intensivo, devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sejam CAPS Álcool e outras Drogas ou não, conforme a rede existente, ou outros serviços de referência em Saúde Mental do município ou da região de saúde.

11. A SNPM se orienta para a efetiva consolidação das políticas públicas de gênero, destacando a efetiva transversalidade de gênero nas políticas interministeriais, pautando a inclusão da perspectiva de gênero em todas as políticas públicas. Esta atuação é norteada pelas competências atribuídas à SNPM que, em relação à área da saúde, consistem dentre outras em:

- a) assessorar a Secretaria de Governo da Presidência da República na formulação, na coordenação, na articulação e na definição de diretrizes de políticas para as mulheres;
- b) formular políticas para as mulheres; desenvolver, implementar, monitorar e avaliar programas e projetos;
- c) desenvolver, implementar, monitorar e avaliar programas e projetos temáticos
- d) apoiar o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (especificamente o Capítulo 3).

12. Importante destacar que as ações da SNPM são pautadas de maneira a considerar as mulheres em sua diversidade racial, de orientação sexual, geracional, mulheres com deficiência e mulheres indígenas, sem prejuízo de outras formas de diversidade.

13. Neste sentido, a SNPM estabelece parcerias com o MS e demais órgãos no intuito de promover a ampliação da discussão sobre a saúde mental das mulheres e sua interface com as condições de vida e trabalho das mulheres para se aprimorar o modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, visando a propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, em que a integralidade e as questões de gênero sejam efetivamente incorporadas como referências na formação dos profissionais que atendem a esse grupo populacional e que podem intervir positivamente nessa realidade

Stella Ribeiro da Matta Machado
Analista Técnica de Políticas Sociais



Documento assinado eletronicamente por **Stella Ribeiro Matta Machado, Analista Técnico de Políticas Sociais**, em 21/02/2018, às 12:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida informando o código verificador **0511696** e o código CRC **C38801A8** no site: https://sei-pr.presidencia.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0