

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – RIMS/HCPA

Charles da Rosa Vieira

**PRÁTICAS DE CUIDADO TRANSVERSAIS NA ATENÇÃO INTEGRAL AO
USUÁRIO DE DROGAS EM UM HOSPITAL GERAL**

PORTO ALEGRE

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – RIMS/HCPA

Charles da Rosa Vieira

PRÁTICAS DE CUIDADO TRANSVERSAIS NA ATENÇÃO INTEGRAL AO
USUÁRIO DE DROGAS EM UM HOSPITAL GERAL

Trabalho de Conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde – Atenção Integral ao Usuário de Drogas. Orientadora: Dr^a Carolina dos Reis. Co-orientadora: Me. Paula Gonçalves Filippon

PORTO ALEGRE

2021

CIP - Catalogação na Publicação

VIEIRA, Charles da Rosa
Práticas de Cuidado Transversais na Atenção Integral
ao Usuário de Drogas em um Hospital Geral / Charles da
Rosa VIEIRA. -- 2021.
48 f.
Orientadora: Carolina dos Reis.

Coorientador: Paula Gonçalves Filippon.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Atenção Integral ao Usuário
de Drogas, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Alcoolismo. 2. Atenção Terciária à Saúde . 3.
Assistência Centrada no Paciente . 4. Transtornos
Relacionados ao Uso de Substâncias . I. dos Reis,
Carolina, orient. II. Filippon, Paula Gonçalves,
coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RESUMO

Nas últimas décadas, houve um grande crescimento do consumo abusivo de substâncias psicoativas ocasionando, além da intensificação da violência e das vulnerabilidades sociais, o aumento considerável de problemas graves relacionados à saúde da população em geral. Entre os prejuízos associados ao uso de álcool e outras drogas, destacam-se a ocorrência de doenças respiratórias, gastrointestinais, cardiovasculares, infecciosas, diabetes e diversos tipos de câncer, que geralmente necessitam de internação em hospital geral. Estimativas do *Global Burden of Disease*, indicam que cerca de 5% da carga global de doenças estão relacionadas ao consumo de álcool e drogas. Sendo assim, o hospital, além de proporcionar cuidados referentes à intercorrências graves agudas e crônicas, é um espaço de promoção da saúde e prevenção de agravos também no que tange o uso de álcool e drogas. O presente estudo teve como objetivo conhecer e analisar as práticas de cuidado em saúde e os encaminhamentos realizados no que tange às demandas do uso de álcool e outras drogas no ambiente hospitalar. Para tanto utilizou-se de uma metodologia qualitativa, participativa, utilizando um formulário on-line e informações do diário de campo para análise e discussão. Responderam ao questionário on-line 50 profissionais da saúde que prestam atenção direta ao paciente internado no hospital. Os resultados levaram à construção de três eixos de discussão: **Encontros, Condutas e entrelaçamentos**, onde são discutidas as práticas dos profissionais frente a situação problema, assim como as dificuldades encontradas na produção do cuidado ao paciente usuário de álcool e outras drogas. **Desafios e possibilidades: a equipe e o hospital como parte da rede**, onde são levantadas questões referentes às redes de atenção à saúde, assim como a emergência constante de uma discussão intersetorial a respeito dessa temática. E **Práticas transversais: ética, cuidado e políticas públicas**, onde coloca-se em discussão a noção de cuidado e os agenciamentos entre ética, cuidado e política na produção da saúde, assim como o levantamento de pistas que possam indicar caminhos possíveis na busca por práticas de cuidado transversais em saúde na atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Conclui-se que urge a necessidade de um dispositivo de formação ou educação continuada a respeito do uso de drogas que levem em consideração marcos teóricos-políticos intersetoriais. A pesquisa está vinculada a Residência Multiprofissional em Atenção Integral ao Usuário de Drogas do HCPA.

Palavras-chave: Alcoolismo, Atenção Terciária à Saúde, Assistência Centrada no Paciente, Transtorno por Uso de Substância.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

O DESAFIO DA INTEGRALIDADE E AS PRÁTICAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Sobre o Sistema Único de Saúde e seus princípios

Sobre o Hospital e suas práticas

Sobre as práticas de cuidado

Sobre Álcool e Drogas – um campo minado

A transversalidade do cuidado em Álcool e Drogas na atenção hospitalar

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Objetivos Específicos

A PESQUISA-PARTICIPATIVA EM TEMPOS DE PANDEMIA:

INCURSÕES METODOLÓGICAS

O percurso...

A pesquisa no hospital...

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontros, Conduas e entrelaçamentos

Desafios e possibilidades: a equipe e o hospital como parte da rede

Práticas transversais: ética, cuidado e políticas públicas

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

INTRODUÇÃO

O ano de 2020 ficará marcado na história do nosso planeta. Com certeza foi um ano muito diferente dos demais, pois fomos atingidos por uma pandemia de caráter global, a qual ainda nos impõe inúmeros desafios e coloca em xeque o modo como experienciamos a vida e nos relacionamos com o mundo. Os planejamentos prévios tiveram que ser repensados e o tempo passou a ser sentido de outra forma, afetando diretamente as relações e as trocas coletivas, que tiveram impacto profundo na medida em que limitou e impossibilitou a viabilidade dos encontros. Da mesma forma, as pesquisas (e projetos de pesquisa) tiveram que ser readaptados visto que as novas questões da pandemia se desdobram e atravessam determinadas metodologias, impossibilitando inclusive algumas práticas grupais.

O presente trabalho nasce na borda entre um tempo e outro, e é fruto de diversas tentativas na construção de uma pesquisa-intervenção, que se quis participativa e horizontal. A temática do uso e abuso de álcool e outras drogas é constituída nas interfaces da saúde, segurança pública, educação, justiça, psiquiatria, dentre outras. Tornando-se um campo complexo e caracterizado pela constante tensão e disputa de poder. Todavia, é marcado também por importantes lutas e enfrentamentos, por movimentos sociais e políticos, na tentativa da construção de um diálogo comum que tenha como horizonte o bem-estar, o cuidado de si, a promoção da saúde e a autonomia de seus usuários.

Na contemporaneidade, o uso de álcool e outras drogas, a curto, médio e longo prazo, tem sido atribuído como causa de inúmeras patologias importantes e que causam prejuízos na qualidade de vida das pessoas, podendo culminar até mesmo na morte. É imprescindível atentarmos para alguns fatores que influenciam e que estão intimamente interligados nos modos de vida contemporâneos, como o uso de álcool e outras drogas. Nas últimas décadas, houve um grande crescimento do consumo abusivo destas substâncias psicoativas ocasionando, além da intensificação da violência e das vulnerabilidades sociais, o aumento considerável de problemas graves relacionados à saúde da população em geral (WORLD DRUGS REPORT, 2019). Entre os prejuízos associados ao uso de álcool e outras drogas, destacam-se a ocorrência de doenças respiratórias, gastrointestinais, cardiovasculares, infecciosas, diabetes e diversos tipos de câncer (BRASIL, 2019).

Estimativas do *Global Burden of Disease* (OMS, 2015; MALTA, et al, 2017), indicam que cerca de 5% da carga global de doenças estão relacionadas ao consumo de álcool como hábito, para além de um diagnóstico por uso de substâncias. O que chama atenção nesse levantamento é que grande parte das patologias são desencadeadas através do uso corriqueiro e fortuito. Diante disso, faz-se necessário compreender e elaborar modos de atenção a essa questão que emerge de modos de vida já cristalizados e que estão intimamente ligados com a singularidade com que os sujeitos experimentam sua existência.

O desejo de pesquisar as práticas de cuidado referentes ao uso de drogas no hospital, nasceu da experiência do pesquisador-residente nos plantões de núcleo no Serviço de Psicologia do hospital. As consultorias que chegavam nos plantões tinham como pedido e demanda frases soltas do tipo “*paciente usuário de cocaína*”, “*mãe usuária de maconha*”, “*paciente dependente químico*”, atribuindo, de certa forma, ao saber psi o cuidado e a intervenção (e até mesmo a ilusão de controle) sobre o uso de álcool e outras drogas do paciente. Ao chegar nas unidades/enfermarias era possível perceber o quanto essa questão despertava nas equipes sentimentos diversos que repercutiam nas práticas de cuidado. Assim como, na maioria das vezes, eram demandas que a própria equipe poderia dar conta de acolher e encaminhar, se fosse o caso.

O Programa de Residência em Atenção Integral ao Usuário de Drogas foi projetado para o residente ter uma experiência ampla de aprendizado em serviço. Foi estruturado em dois anos, tendo como cenário de prática do primeiro ano (R1) a Unidade de Internação em Psiquiatria de Adição, com o foco no atendimento ao usuário intoxicado, que necessita de cuidados intensivos e clínicos. Para o segundo ano (R2) o cenário de prática até então era o ambulatório de adição (o qual tinha um funcionamento muito parecido com um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD) e também os serviços da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS da cidade, tendo como foco a continuidade do cuidado em rede.

Com o advento da pandemia a unidade onde funcionava estes serviços foi fechada, acarretando na transferência de espaço físico, tanto da internação quanto do ambulatório, e remanejamento das equipes para outros espaços no hospital. Fato este que fragmentou o trabalho e interferiu drasticamente na estrutura do programa e na assistência ofertada aos usuários. Nesta grande mudança, em meio a crise e ao caos, foram feitas diversas tentativas tanto da equipe quanto dos residentes, de

reinventar o programa e oferecer a melhor assistência possível dentro do cenário que se constituía. É possível perceber aqui algumas pistas a respeito das dificuldades encontradas pela instituição hospitalar na atenção às questões de saúde mental e do uso de drogas, já que historicamente a medicina trata destas questões de forma marginal as demais condições de saúde e doença (GUEDES; CASTRO, 2009)

Essa história é marcada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciado na década de 1970, que se opôs às formas de tratamento hospitalar que na ocasião desrespeitavam os direitos humanos dos internos (BEZERRA, 2007). Conjugado ao movimento pela Reforma Sanitária, trouxe avanços e desafios para a atenção aos portadores de sofrimento mental, inclusive os advindos do uso de álcool e outras drogas. A alternativa ao modelo hospitalocêntrico e excludente foi a constituição gradativa de uma rede de atenção psicossocial, com vistas à integralidade, de base comunitária e territorial, composta por serviços de características variáveis, que trabalha em conjunto com a atenção primária à saúde (BEZERRA, 2007).

No decorrer destes meses envoltos pela pandemia, fez-se necessário pensar de que forma poderíamos afirmar nossa importância para a instituição, assim como manter a assistência prestada aos pacientes já vinculados ao ambulatório, além de questões a respeito de como poderíamos continuar sendo um ponto da RAPS capaz de dar conta de suas demandas. No que tange a equipe, fez-se um movimento de oferecer nossa expertise de modo a contribuir para o cuidado em outras áreas do hospital, visto que a questão do uso de álcool e outras drogas está presente nas mais diferentes unidades da instituição.

Diante do exposto, e a partir do entendimento de que o uso de substâncias transversaliza todas as unidades de atendimento hospitalar, é de suma importância que se pense sobre os modos de realizar o cuidado de forma que contemple também esta dimensão. Muitos profissionais estão atentos ao seu núcleo específico de trabalho, não percebendo a questão do uso/abuso de substâncias com a devida atenção, ou até mesmo ignorando esta possibilidade. Quando identificada, outro risco que aparece é o de olhar para este uso de maneira equivocada, que pode

resultar em uma moralização do atendimento prestado, escapando a uma prática de cuidado em ato¹ (MERHY, 1999).

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo investigar e conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais da saúde no contexto hospitalar, assim como suas principais dificuldades e encaminhamentos no que tange ao uso de álcool e outras drogas. Para tanto, é necessário primeiramente compreender como a temática do uso de substâncias se constituiu historicamente na sociedade em geral e como a instituição hospitalar tratou as demandas de saúde mental nesse processo, para assim conseguirmos ampliar o debate e provocar uma discussão a respeito de práticas de cuidado em álcool e drogas e seus desdobramentos.

¹ Para Merhy (1999) quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, em particular clinicamente dirigido para a produção do cuidado, estabelecesse entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato. A imagem desse espaço é semelhante à da construção de um espaço comum, no qual um intervém sobre o outro, por isso é caracterizado como processo intercessor e não uma simples intersecção, pois contém na sua constitutividade a lógica da mútua produção em ato micropolítico, que supõe a produção de um no outro. [...] há um acontecer que só ocorre ali, em ato, com aqueles atores, como um manejo do momento, como um fabricar, ali no cotidiano do acontecimento, [...] este ato é a síntese em produção de todas as forças que fluem nas relações e na instituição. No seu acontecer é que as forças, de fato, existem (MERHY, 2002).

O DESAFIO DA INTEGRALIDADE E AS PRÁTICAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Sobre o Sistema Único de Saúde e seus princípios

Falar da atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas é um desafio, pois é um território onde me deparo com a complexidade de um trabalho marcado por movimentos sociais, disputas de poder e práticas diversificadas. Sendo assim, é importante demarcar o lugar de onde proponho movimentar esta discussão, com o objetivo de atentar para micro-movimentos que possam nos ajudar a pensar a questão da integralidade do cuidado como princípio fundamental do Sistema Único de Saúde. Para isso, faz-se necessário tecer uma linha que não negligencie alguns eventos considerados importantes na construção das políticas públicas que conduzem as práticas nos espaços de saúde, assim como discutir acerca dos possíveis modos de cuidar, centrados não na droga/doença ou proibicionismo, mas sim no sujeito da experiência (BONDÍA, 2002).

Busco, então, estabelecer brevemente a temporalidade das concepções de saúde e doença que o Brasil vem adotando e construindo, a partir do contexto de redemocratização do País, com intuito de posteriormente inserir e levantar algumas questões sobre a atenção a sujeitos que usam drogas e que, entre outras coisas, necessitam de atenção hospitalar em algum momento de suas vidas.

Foi no final dos anos setenta que alguns movimentos ganharam corpo, como o da Reforma Sanitária, que teve na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CONASS, 1986) um marco político. O conceito de saúde foi ampliado, ultrapassando a concepção considerada como ausência de doença, centrada apenas no corpo biológico. A saúde passa então a ser entendida de forma multifatorial e também como uma construção social, incluindo o próprio controle social como forma de efetivação da garantia de direitos como: alimentação, educação, trabalho, lazer, segurança, mobilidade, liberdade e acesso aos serviços (BRASIL, 1986). A partir do Relatório Final da 8ª CNS foi possível, em 1988, que a saúde passasse a ser garantida como um direito da população e um dever do Estado (PAIVA; TEIXEIRA, 2014), sendo extremamente importante para que, no ano de 1990, sejam aprovadas

as leis 8.080 e 8.142, que se referem à implementação do SUS e ao controle social sobre as ações do Estado (PETUCO, 2010).

Concomitante a este processo de democratização e Universalização da saúde, novas propostas no campo da Saúde Mental também ganham visibilidade a partir do movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. Estes movimentos desde então fomentam a importância do cuidado em território e de práticas alinhadas à defesa da liberdade, ao respeito às diferenças, co-responsabilização e não-enclausuramento (CONTE et al, 2004). Movimentos estes que deixam importantes diretrizes para a construção de outra perspectiva em relação à assistência e ao cuidado às pessoas com sofrimento mental.

Os 30 anos de existência do SUS foram marcados pelas mais diversas tentativas para a concretização de seus princípios: a Universalização, a Equidade e a Integralidade, na busca de uma saúde pública de qualidade. É preciso sinalizar que no decorrer do tempo, muitas contradições e limites foram se colocando no dia a dia de um SUS-real e que hoje se manifestam das mais variadas formas, acompanhando as modificações do cenário político contemporâneo. Mas estas questões merecem uma atenção especial, o que não caberia na discussão neste momento.

Consideraremos estes princípios como um imperativo ético-político na condução das práticas assistenciais e de gestão em saúde, compreendendo-os de forma ampla e complexa, que devem ser construídos e afirmados no cotidiano dos serviços públicos. A Universalidade visa à extensão da cobertura dos serviços, tornando o SUS acessível a toda a população. Já a equidade visa que se possa atender às singularidades de acordo com as necessidades e desejos de cada usuário, compreendendo que todos os brasileiros devem ser atendidos e acolhidos em sua diferença, de modo que a noção de igualdade não seja motivo para negar o acesso à saúde. Já o princípio da Integralidade prevê um conjunto de ações e serviços, referentes à prevenção, tratamento e cura, que articuladas possam dar conta das diferentes formas de sofrimento e demandas dos usuários do SUS, entendendo o sujeito não apenas como um corpo doente. Estes princípios garantem (ou deveriam garantir), a todos os brasileiros, o acesso a atendimentos e procedimentos interligados, proporcionando a singularização do processo, ao

considerar as situações de risco e as condições de vida dos sujeitos, sem preconceitos ou privilégios (BRASIL, 2010).

Para construir uma linha de pensamento que escape ao já instituído, propõe-se a partir daqui, que os princípios do SUS não sejam tratados como definições estáticas, mas sim como processos que estão visceralmente presentes em nossas práticas diárias, os quais guiam e produzem vida nos serviços de saúde. Como num exercício de desconstrução, para que assim possamos explorá-lo dentro de suas possibilidades e reconstruí-los a partir de cada contexto.

Sobre o Hospital e suas práticas

O hospital nem sempre foi considerado um espaço de assistência à saúde, historicamente, inerente a instituições religiosas, os hospitais desempenhavam as funções de separar e excluir do convívio social aqueles sujeitos acometidos por doenças e em condições de miséria, os quais eram vistos como fonte de ameaça a sociedade (FOUCAULT, 1989). Tornou-se, com o passar do tempo, um instrumento de prática médica, terapêutica, curativa e investigativa que marcou o nascimento da clínica atrelada à concepção do modelo disciplinar da vida humana fundamentado nas relações de poder, sendo a disciplina “uma técnica que implica vigilância perpétua e constante dos indivíduos” (FOUCAULT, 1989, p.100).

A configuração do hospital como espaço de excelência da prática médica se evidenciou apenas no século XIX através do desenvolvimento científico e tecnológico, em especial da bioquímica e da microbiologia, que introduziu a perspectiva da doença como resultante de danos orgânicos e a concepção da ação médica exclusivamente centrada no exame clínico. Com isso, a medicina alcançou sua legitimidade social e se tornou essencialmente a ciência da doença e o hospital um local especializado dominado pelo saber biomédico (FOUCAULT, 1989).

No que tange ao Brasil, a atenção hospitalar foi regulamentada no SUS a partir da Constituição Federal de 1988, entretanto foi apenas em 2013 que se instituiu o processo de formulação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Com ela a assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde

é organizada a partir das necessidades da população, a fim de garantir o atendimento aos usuários, com apoio de uma **equipe multiprofissional**, que atua no cuidado e na regulação do acesso, na **qualidade** da assistência prestada e na segurança do paciente. De forma **integrada aos demais pontos** de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e com outras políticas **intersetoriais**, a Assistência tem como objetivo garantir resolutividade da atenção e **continuidade do cuidado**, assegurando a equidade e a transparência, sempre de forma pactuada com os Colegiados do SUS (BRASIL, 2013, grifos meus).

Desta forma, com o intuito de alcançar os princípios estabelecidos pelo SUS, a PNHOSP evidencia a atuação multidisciplinar em um contexto de alta complexidade (densidade tecnológica), possibilitando a criação de interfaces entre as diversas profissões que buscam proporcionar o cuidado ao paciente. Do mesmo modo, começa a entender que, para que seus princípios sejam concretizados, é indispensável à articulação entre políticas intersetoriais que englobem intervenções diversificadas a fim de que a saúde, em sua forma ampla, seja a consequência destas composições.

Merhy e Cecilio (2003) sugerem que a integralidade da atenção hospitalar seja questionada a partir de diferentes perspectivas, “a integralidade da atenção olhada *no hospital* e a *partir do hospital*, e a integralidade tendo como referência a *inserção do hospital no “sistema” de saúde*” (MERHY; CECÍLIO, 2003, p.2, grifos do autor). Propondo, então, que o cuidado em saúde neste contexto seja uma sintonia composta de múltiplos movimentos, numa “complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa” (MERHY; CECÍLIO, 2003, p.2). Tendo assim como missão a tentativa de práticas que busquem a desfragmentação dos sujeitos.

Embora o hospital reconheça a importância de uma equipe multidisciplinar, o processo de trabalho na instituição se dá através do ato médico global, geralmente decomposto em diversos outros micro-atos exercidos pelas diferentes profissões que juntas compõem este cenário. O desafio que emerge daí é o de superar a fragmentação de um “corpo doente”, esquadrihado por especialidades e exames, operado por diferentes unidades e profissionais, antagônico a um corpo dotado de subjetividade e autonomia. Neste sentido, mais que a presença de uma equipe

multiprofissional no estabelecimento, se coloca como desafio a construção de práticas interdisciplinares para que o horizonte da integralidade seja percorrido.

Merhy e Cecilio (2003) explicitam a importância de se pensar o processo de cuidado hospitalar de forma articulada na micropolítica que resulte de uma conexão mais solidária e coletiva, ou seja, em um trabalho vivo. Merhy (2002) ainda afirma que o processo de trabalho em saúde operado por seus trabalhadores porta um significativo grau de liberdade na produção do cuidado, revelando a potência essencial do ‘trabalho vivo em ato’. Os autores introduzem este conceito, essencial para que possamos pensar as práticas de cuidado no hospital, entendendo o trabalho vivo como uma tecnologia inerente às práticas de saúde, isto é, “o trabalho no momento em que este está se produzindo” (MERHY; CECILIO, 2003). Para os autores, Trabalho Vivo é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves².

Sobre as práticas de cuidado

O dicionário apresenta o verbo cuidar como ato de “[...] imaginar, meditar, cogitar; supor; aplicar a atenção, o pensamento, à imaginação; ter cuidado; fazer os preparativos; prevenir-se; ter cuidado consigo mesmo” (FERREIRA, 2009, p.102). Encontramos, também, definido como “[...] demonstração de atenção; em que há cautela, prudência” (FERREIRA, 2009, p.102). Partindo destes significados, proponho nos debruçarmos sobre o cuidado enquanto ato sensível, de escuta, de diálogo e de encontro com o outro. Entendendo assim o ato de cuidar como carregado de uma capacidade para afetar e ser afetado, numa via de mão dupla, numa relação que nenhuma das partes envolvidas é isenta de transformações.

Neste sentido, “o objetivo do “cuidador” deveria ser menos cuidar e mais incitar o desejo de cuidado, ou melhor, provocar no outro o desejo de cuidar de si” (MACHADO; LAVRADOR, 2009, p.516). Indo em direção contrária a um cuidado tutelado ou prescritivo, e sim no sentido de uma ética do encontro e da autonomia.

² Tecnologias leves estão no campo das relações interseçoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde (MERHY, 2002). A estas, chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado.

Quando incorporamos este conceito ao contexto hospitalar, onde o cuidado é tido como prática balizadora de toda e qualquer intervenção, nos deparamos com diversas formas dele acontecer. O cuidado é capturado pela burocracia, pela ciência e pelas relações de poder que engendram a máquina de produzir saúde em nome da cura ou de práticas baseadas em evidências. O cuidado, então, corre o risco de perder seu sentido, tornando-se prescritivo, mecânico e esvaziado de afeto e de encontro. O “cuidador” neste sentido é o especialista que se torna impermeável ao encontro com o outro, exercendo o poder da verdade sobre a doença, sobre o sofrimento, o resumindo como técnica de mão única, direcionada a um sujeito objeto-passivo que nada sabe, ignorante de si mesmo.

Logo, o cuidado não pode ser capturado como prática moral, moralizadora ou moralizante. “A moralização do cuidado se fundamenta na distinção entre verdade e erro, que não inclui as nuances da errância, das diferenças, da escuta da alteridade” (MACHADO; LAVRADOR, 2009, P.517). Estes são riscos importantes que estão presentes no cotidiano, e que precisam ser problematizados em nome de um cuidado que possa ser outra coisa que não tutela, que possa ser composição de encontros sensíveis, de escuta e potência de vida. Que consiga ser “uma experiência de criação de si implicada com uma postura ética-estética-política, que tenha, como princípio, uma potência de vida em seus modos indissociáveis de resistir/afirmar e de criar (MACHADO; LAVRADOR, 2009, P.519).

Em relação à integralidade do cuidado, tendo em vista a promoção da saúde enquanto expansão da vida, é preciso entender que este não deve se restringir ao hospital ou serviços de saúde, mas sim uma abertura a novas composições, novos encontros que busquem autonomia e vida. Pois, “é preciso que o 'usuário' tome posse de si, do seu corpo/alma, do seu cuidado, enfim, que ele crie e amplie suas redes de saúde, que ele ative potências de vida que incluam os serviços, mas não se restrinjam aos mesmos” (MACHADO; LAVRADOR, 2009, P.517).

Sobre Álcool e Drogas – um campo minado

A temática “Álcool e Drogas” é marcada por inúmeras interfaces as quais produzem não apenas modos de viver, de ser e habitar o mundo, mas também incitam diferentes modos de cuidado. O usuário destas substâncias carrega o estigma da marginalidade, e é geralmente compreendido através da ótica da criminalização e da infração, permeada também pela cultura religiosa que associa o prazer ao pecado reafirmando cada vez mais a psiquiatrização e a judicialização do que foge a dita “normalidade” e ao controle do Estado (NUNES, et al, 2010). Partindo disso, propõe-se que este campo seja compreendido na perspectiva que o Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRPRS) chamou de “*Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*” (SANTOS, 2010), alargando e ampliando as possibilidades de entendimento, desviando o olhar para diferentes perspectivas que possam nos ajudar a percorrer esta problemática e compor novos encontros para o cuidado no campo da saúde.

O estigma social também influencia, em menor ou maior escala, as atitudes dos profissionais da saúde em relação aos usuários de substâncias, os quais passam a ser compreendidos como pessoas violentas, manipuladoras e pouco interessadas em receber cuidados (BARATA, 1994). O que pode despertar nos profissionais da saúde sentimentos ambivalentes em relação a presença destas pessoas nas unidades. A partir do documento do CRPRS é possível perceber a importância de se articular outras possibilidades de análise para esta questão que se fundamente na autonomia, no desejo, na co-responsabilização e na ética do encontro, para que sejam construídas práticas de cuidado que realmente façam a diferença na vida das pessoas a partir da presença nos estabelecimentos de saúde e nas relações constituídas nestes espaços.

É preciso também, revelar os mais diversos atravessamentos que compõem as redes de atenção à saúde e que interferem nos modos de cuidado, e que muitas vezes podem ser capturados por práticas impregnadas de julgamentos morais, apontando a questão do uso de substâncias de uma perspectiva moralista, em detrimento ao da promoção da saúde em seu sentido ampliado. Firma-se aqui como base o pressuposto de que saúde não é apenas a ausência de alguma patologia, mas que “ter saúde” está completamente fusionado com a capacidade de expansão

da vida em sua dimensão ética-estética-política de cada sujeito e coletivo na construção de uma existência cidadã.

Conforme o documento elaborado pelo CRPRS,

[...] urge a construção e disseminação de novas tecnologias de cuidado, inspiradas em uma outra gramática, na qual palavras como “vínculo” e “afeto” substituem eficiência e eficácia. Um jeito de fazer saúde no qual falamos de “cuidado” e de “atenção” sem cobrar abstinência de ninguém. Onde “acolhimento” substitui a noção de “contenção” e a “continência” substitui a noção de “controle”. Uma nova postura na construção de um “novo fazer” que tem como princípio o compromisso ético em defesa da vida, colocando todos da REDE na condição de responsáveis pelo “acolhimento” e “cuidado” (SANTOS, 2010, p.12).

Diante do exposto, é preciso perceber o consumo de substâncias atrelado aos modos de vida singulares existentes, compreendendo que cada sujeito pode ou não desenvolver um “Transtorno por uso de substâncias”³, e que o papel dos serviços de saúde é informar, dialogar, construir junto, corpo a corpo, caminhos possíveis para uma melhor qualidade de vida, respeitando sempre o tempo e o desejo de cada sujeito (MACHADO; LAVRADOR, 2009). Operar o cuidado de modo ético-estético-político frente à complexidade da interação sujeito-droga-contexto é um desafio que também transversaliza o contexto hospitalar, visto que o próprio cenário comporta um importante grau de complexidade na assistência à saúde. Uma percepção moralista e mecânica desta questão atua como fator que compromete a oferta de um atendimento de qualidade, na medida em que, na prática, isso se traduz em uma abordagem profissional distanciada, com menor engajamento pessoal e empatia com o paciente (BARATA, 1994).

Diante deste emaranhado de encontros, poderes e práticas ofertados pela instituição hospitalar, ao se perceberem moralmente julgadas, apenas uma pequena parcela das pessoas fala sobre seu uso de substâncias (BARATA, 1994), falam menos ainda quando esta é ilegal e criminalizada. Esse dado evidencia a importância de práticas que possam contribuir para a redução do autoestigma que também acomete este usuário, para que assim seja possível construir junto às pessoas um novo olhar para suas demandas de saúde. Este fato ressalta a importância de um profissional comprometido com a redução dos impactos do

³ “Transtornos do Uso de Substâncias”, pode ser classificados como leves, moderados ou graves, dependendo do número de critérios preenchidos de acordo com o DSM V.

estigma, da criminalização e da culpa na relação de atenção e cuidado às pessoas que fazem o uso de substâncias (SANTOS, 2010).

A transversalidade do cuidado em Álcool e Drogas na atenção hospitalar

Para alinhar as questões levantadas nesta pesquisa, propõe-se a reflexão a respeito de práticas de cuidado transversais, ou seja, práticas de cuidado direcionadas às demandas que emergem em diversos espaços, mas que se constituem em um lugar comum, como é a questão relacionada ao uso de álcool e drogas. A partir da experiência do pesquisador-residente na instituição hospitalar, foi possível perceber a presença da questão do uso de álcool e drogas como sendo transversal às diferentes unidades especializadas no hospital. Desta forma, foi possível observar a importância de práticas que possam garantir um cuidado integral na experiência hospitalar. Diante disso, é preciso perceber como cada núcleo de saber constrói suas intervenções neste campo, como cada uma recorta o problema concreto portado pelo paciente, operando sobre ele seus saberes específicos, os quais evidenciam-se como tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 1999). Uma vez que, para Merhy, Cecílio e Magalhães (2002, p.4), “um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leveduras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado”.

Assim, posto complexidade oriunda dos processos de trabalho em saúde e da temática do uso de álcool e outras drogas, é preciso constante discussão sobre como os profissionais, os estabelecimentos e as políticas públicas têm concebido essa conjugação. Assim, propõe-se aqui a o entendimento de práticas de cuidado transversais, práticas que abarcam modos de olhar e entender o que se faz presente e é comum e transversal às demandas de saúde, que se constituem como condutas inspiradas no campo das tecnologias leves e no cuidado (MERHY, 1999). Território este, composto pela produção de encontros, acontecimentos e atos de saúde, ou seja, o cuidado no momento em que ele acontece. Pois, é neste eixo transversal que atuam os processos relacionais singulares típicos do campo das tecnologias leves, e “que pertence a todos os trabalhadores em suas relações intercessoras com os usuários” (MERHY, 1999).

OBJETIVO GERAL

- Conhecer e analisar práticas de cuidado e encaminhamentos na atenção ao paciente usuário de álcool e outras drogas em um hospital geral.

Objetivos específicos

- Identificar as principais dificuldades e potencialidades encontradas por profissionais da saúde no atendimento ao paciente usuário de drogas no hospital geral;
- Conhecer os encaminhamentos realizados por profissionais da saúde em diferentes unidades de cuidado, na relação com o uso de substâncias;
- Construir uma ferramenta de orientação para os profissionais das diferentes unidades de cuidado do hospital voltada ao cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

A PESQUISA-PARTICIPATIVA EM TEMPOS DE PANDEMIA: INCURSÕES METODOLÓGICAS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa-intervenção, de abordagem qualitativa que se projetou participativa. Optou-se pela perspectiva qualitativa, pois ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes, permitindo maior profundidade das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser traduzidos por meio de sua redução à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2009). Para Moretti e Adams (2008), a pesquisa participativa acredita que podemos conhecer em profundidade alguma coisa da vida da sociedade, ou da cultura, quando o pesquisador se envolve e se compromete com o que investiga. Ela caracteriza-se como um método dinâmico que “[...] vê na apropriação coletiva do saber, na produção coletiva de conhecimentos a possibilidade de efetivar o direito que os diversos grupos e movimentos sociais têm sobre a produção, o poder e a cultura” (GAJARDO, 1999, p. 15).

Neste sentido, tentou-se sustentar uma metodologia participante no decorrer do processo da pesquisa, pois a partir dela “é possível a horizontalização das práticas, uma vez que todos passam a ser co-autores do processo de diagnóstico da situação-problema e da construção de caminhos para o enfrentamento e solução das questões” (AGUIAR; ROCHA, 2007, p. 651). As metodologias participativas de investigação não se limitam a meros instrumentos, e neste sentido podemos entendê-las também como uma afirmação ética e política na construção do conhecimento, pois referem-se ao modo como enfocamos os problemas e a maneira pela qual buscamos suas respostas a partir, sobretudo, de leituras de mundo e de experiências singulares.

Desta forma, para responder às questões norteadoras colocadas inicialmente, foi utilizado como instrumento um questionário on-line, enquanto recurso possível no momento de pandemia, capaz de proporcionar uma experiência participativa, na perspectiva de uma pesquisa-intervenção. Compreende-se assim sua ação interventiva pelo próprio acontecimento da pesquisa em si, com os instrumentos disponíveis no atual contexto, dado que inicialmente a ideia era a de viabilizar encontros presenciais para discussão. Um processo coletivo que também pode ser compreendido como uma experiência educativa na construção das práxis. Trata-se assim, de uma “metodologia capaz de proporcionar estímulo à reflexão

crítica da realidade, assim como a efetivação da construção, apropriação e socialização do conhecimento" (MELLO, et al, 1998)

Posto isso, a ideia de que a pesquisa é intervenção e que possui um caráter participativo está relacionada ao fato de que ela já é capaz de produzir efeitos e transformações no campo a partir de sua presença. Ao interrogar os profissionais, ao convidá-los a pensar sobre suas práticas, aqui a pesquisa afirma seu caráter interventivo. Assim, "[...] mais do que conhecer para explicar, a pesquisa pretende compreender para servir" (BRANDÃO, 1999, p. 12). Não se trata de um servir neutro, mas de um servir em que o investigador assume o compromisso com os interesses do coletivo em estudo, explorando e evidenciando sua participação e visão de mundo. Outra vez, uma postura ética, estética e política, na construção do conhecimento e na afirmação de um compromisso social com os efeitos da pesquisa.

Para tanto, seguiu-se as fases propostas por Brandão (1984) na organização do processo de uma Pesquisa Participante, sendo elas:

- *1ª fase: Montagem institucional e metodológica da Pesquisa Participante*

Momento do estabelecimento da metodologia, dos objetivos, conceitos teóricos, delimitação dos participantes e cronograma da pesquisa.

- *2ª fase: Estudo preliminar da região e população envolvida*

Momento do convite aos profissionais da saúde envolvidos na assistência ao paciente internado no hospital geral, aplicação do questionário online e retorno aos diários de campo.

- *3ª fase: Análise crítica dos problemas considerados prioritários*

Leitura e análise das perguntas e respostas, pautado pelas questões norteadoras:

1. Como são realizadas as práticas de cuidado e os encaminhamentos relacionados ao uso de álcool e drogas no hospital?
2. Quais as dificuldades encontradas pelos profissionais neste campo?
3. Quais as possibilidades encontradas pelos profissionais na assistência ao paciente usuário de drogas no hospital?
4. Quais práticas são possíveis?
5. O que os profissionais entendem como prática de cuidado?

- *4ª fase: Programação e aplicação de um plano de ação*

Levantamento de questões e pistas que possam contribuir para a qualificação da assistência, através da educação permanente em saúde, assim como caminhos e ações a serem percorridos para promover as possibilidades de resolução dos problemas identificados. Inicialmente, um dos objetivos específicos da pesquisa, era o de construir um material educativo, como uma cartilha, capaz de orientar os profissionais da saúde no que tange ao uso de substâncias psicoativas. Entretanto, pelos limites impostos pela pandemia, foi inviável construir um espaço de discussão presencial para a construção do material de forma coletiva e participativa. Mesmo assim, foi possível realizar uma análise crítica da problemática em questão, abrindo possibilidades para um campo de informação a partir do levantamento e do registro da realidade, confirmando a existência da demanda de formação e educação sobre a temática.

O percurso...

A pesquisa foi realizada entre os meses de março e novembro de 2020 em um hospital universitário de Porto Alegre. Utilizou-se como instrumentos de coleta de informações, trechos do diário de campo, além de um questionário *on-line*, contendo 10 perguntas, enviado aos profissionais da saúde do hospital, via chefias de serviço (APÊNDICE A).

Os diários de campo foram escritos a partir da prática do residente-pesquisador enquanto psicólogo que presta assistência às diversas áreas de internação hospitalar, com ênfase na promoção da saúde mental dos pacientes. O uso de diários de campo é uma técnica utilizada largamente em estudos qualitativos, em suas diferentes abordagens teórico-metodológicas. Conforme Pezzato (2011), “o diário é uma ferramenta de intervenção utilizada pelos analistas institucionais que possibilita “fazer ver” situações conflituosas e complexas existentes no cotidiano da instituição na qual se está intervindo”. Assim, torna-se uma ferramenta rica na produção de conhecimento a respeito da realidade em que se está inserido, ao registrar os processos ainda em andamento.

Inicialmente foram planejados grupos de discussão com o intuito de promover um espaço de troca, mas com os desdobramentos da pandemia foi impossível realizá-los. Assim, optou-se pela realização de um questionário *on-line* enviado para as chefias das enfermarias e unidades de internação, que encaminharam para os

profissionais que atuam diretamente na assistência ao paciente internado. Responderam ao instrumento 50 profissionais da saúde, entre residentes e contratados. Foram excluídos os estagiários.

Os aspectos éticos da pesquisa estão de acordo com a Resolução de nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde que baliza as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-HCPA, através da Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o número 35520620100005327.

A pesquisa no hospital...

É indispensável demarcar o local onde esta pesquisa foi desenvolvida: o hospital. Instituição total, caracterizada por processos pautados na ciência cartesiana, a qual orienta todas as práticas exercidas neste espaço. Do mesmo modo, a produção acadêmica valoriza demasiadamente pesquisas com metodologias estáticas onde a subjetividade do pesquisador é neutralizada em nome de uma verdade absoluta e higienista.

Deste modo, o presente trabalho vai em direção contrária, ao propor uma outra forma de pensar e analisar a questão do uso de substâncias, para além do paradigma cartesiano. Neste sentido, há uma incursão metodológica. Um desvio do instituído. Abre-se aqui uma via para um processo instituinte, o qual possibilita evidenciar

“o lado transformador, criativo, revolucionário, mas sempre informado pelo instituído que o gera e que é regenerado por ele. Quanto mais revolucionária for uma prática, mais elementos instituintes ela agrega e mais contribui para que haja transformações no imaginário social e, por conseguinte, transformações nas instituições e nas relações de poder onde esteja agindo (PEREIRA, 2000, p.36)”

Desta forma, a pesquisa foi se constituindo por dentre as brechas institucionais, resistindo às forças que, por muitas vezes, tentaram capturar seu caráter participativo e coletivo, ao prescrever também o modo como pesquisar e “levantar dados” para gerar “resultados despolitizados”. De fato, resistir a esse processo não é fácil, pois uma investigação deste cunho requer muito trabalho e esforço para garantir linhas inventivas e despreocupadas com a neutralidade e higienização do pensamento. Neste sentido, volta-se a afirmar que apostar em uma abordagem participativa é uma atitude ética, estética e política comprometida com a

construção do conhecimento e, concomitantemente, com a produção de práticas democráticas no campo da saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Responderam ao questionário on-line 50 profissionais da saúde, dentre eles 60% eram profissionais contratados do hospital e 40% residentes. Em relação à categoria profissional e ao universo de profissionais do hospital segue a Tabela 1.

Tabela 1. Núcleos profissionais

Categoria Profissional	Nº total de profissionais no HCPA	Nº de participantes na pesquisa	% do total na pesquisa
Educação Física	20	3	6%
Terapia Ocupacional	5	1	2%
Farmácia	146	2	4%
Fonoaudiologia	34	0	0%
Fisioterapia	55	2	4%
Nutrição	71	1	2%
Psicologia	33	9	18%
Serviço Social	45	14	28%
Medicina	1345	1	2%
Enfermagem	833	11	22%
Técnico de enfermagem	1990	6	12%

Fonte: www.hcpa.edu.br

Pode-se perceber, à primeira vista, o absentismo de alguns núcleos como Fonoaudiologia e Odontologia. A hipótese levantada a partir dessa ausência diz respeito a serem núcleos menores, com menor número de profissionais com atividades dentro da instituição. Principalmente no caso da Odontologia, que exerce predominantemente suas atividades em nível ambulatorial. Outra questão que nos chama atenção é a presença apenas de um participante do núcleo profissional da Medicina, numa instituição hospitalar, onde a medicina se faz predominante, em um universo de aproximadamente 1345 médicos, apenas um se fez presente. Aqui também podemos evidenciar uma pista a respeito da implicação destes profissionais com a temática da pesquisa. O convite foi feito a todos, e apenas um respondeu ao questionário, por coincidência ou não, médico psiquiatra.

Da mesma forma, percebe-se o maior número de participantes dos núcleos do Serviço Social (28%), seguido da Enfermagem (22%) e da Psicologia (18%). Profissões que culturalmente demonstram maior implicação com os cuidados relativos ao uso e abuso de substâncias. Estudos como de Oliveira et al (2020), Trindade et al (2019) e Alves et al (2019), discutem a respeito dessas categorias profissionais na atenção ao usuário de drogas nas políticas públicas de saúde.

Em relação a caracterização dos participantes, foi feita uma pergunta a respeito do local onde os profissionais exercem suas atividades assistenciais, contudo, com o advento da pandemia, é importante ressaltar que a maioria dos profissionais foram remanejados para as unidades clínicas. Logo, os locais de prática habituais foram modificados, o que pode até mesmo enriquecer algumas respostas destes profissionais na medida em que começaram a ter contato com pacientes para além de determinadas especialidades. É possível aqui inferir uma reflexão a respeito de suas atividades diárias, nas unidades em que já exercem suas atividades cotidianamente, possibilitando que consigam fazer um exercício de desfragmentação do sujeito, percebendo o paciente para além de determinadas especialidades e patologias, e sim como um indivíduo amplo e complexo.

Quando perguntado se o profissional já atendeu alguma demanda onde identificou o uso ou abuso de substâncias por parte do paciente, a resposta foi quase unânime, 98% dos participantes responderam que já atenderam pacientes usuários de álcool e outras drogas nas unidades onde exercem suas atividades. O

que evidencia que a presença desta temática atravessa todas as áreas no contexto hospitalar, e que é sim uma problemática que requer atenção e pesquisa.

No caso da identificação do uso de substâncias pelo paciente, 66% dos profissionais da saúde relataram ter atendido a demanda referente ao uso ou abuso de SPA, e os outros 34% recorreram ao serviço de consultorias das demais especialidades e núcleos profissionais para ajudar na assistência prestada, ou encaminhar a demanda, conforme tabela 2.

Tabela 2. Chamados de consultoria

Serviço Acionado	Nº de participantes	%
Não acionaram	33	66%
Psiquiatria de Adição	6	12%
Psicologia	3	6%
Serviço Social	6	12%
Enfermagem	2	4%

Podemos perceber na tabela 2 que mais da metade dos profissionais atenderam a demanda identificada (66%), e quando solicitado o serviço de consultoria⁴, foram exatamente os mesmos núcleos profissionais que participaram em maior número da pesquisa - Psicologia e Serviço Social. Corroborando assim com a afirmação de que estes núcleos profissionais acabam tendo maior envolvimento com a temática. Entretanto, estes profissionais também podem ser capturados, ou sofrer com o desenrolar de suas atividades, na medida em que não estão isentos de dificuldades e estranhamentos com essa temática. Sabe-se que práticas de cuidado aos usuários de álcool e drogas, quando pautadas em paradigmas conservadores e moralistas, tendem a empobrecer a relação estabelecida entre profissionais e usuários ao dificultar a criação do vínculo e,

⁴ Os serviços de consultoria no hospital são acionados geralmente quando o profissional identifica demandas de outras especialidades.

consequentemente, podem prejudicar a assistência prestada (FARIA; SCHNEIDER, 2019).

Na pergunta sobre se o profissional sentia-se ou não preparado para atender as demandas referentes ao uso de álcool e drogas, podemos perceber um fenômeno interessante e que nos ajudará a pensar a importância de nos debruçarmos sobre as práticas de cuidado em álcool e drogas no hospital. Dentre as respostas, 50% dos participantes responderam que não se sentiam preparados, e os outros 50% que sentiam-se preparados. Podemos identificar que o número de profissionais que atenderam as demandas é 16% maior do que os que se sentem preparados para tal. Aqui emerge uma pista a respeito da formação profissional e do quanto a discussão e uma instrumentalização sobre o assunto se faz urgente para qualificarmos a assistência e o cuidado (COSTA et al, 2015; MATTA et al, 2016; SOUZA et al, 2016; SILVA e KNOBLOCK, 2016).

Para dar seguimento à discussão, construiu-se três eixos de análise que serão desdobrados a partir do encontro entre fenômenos, conceitos e respostas dos participantes às questões norteadoras da pesquisa, no sentido de construir um campo de investigação capaz de compreender a realidade e suas vicissitudes. No primeiro eixo, ***Encontros, Condutas e entrelaçamentos***, serão discutidas as práticas dos profissionais frente a situação problema, assim como as dificuldades encontradas na produção do cuidado ao paciente usuário de álcool e outras drogas. Em ***Desafios e possibilidades: a equipe e o hospital como parte da rede***, serão levantadas questões referentes às redes de atenção à saúde, assim como a emergência constante de uma discussão intersetorial a respeito dessa temática. E no eixo ***Práticas transversais: ética, cuidado e políticas públicas***, coloca-se em discussão a noção de cuidado e os agenciamentos entre ética, cuidado e política na produção da saúde, assim como o levantamento de pistas que possam indicar caminhos possíveis na busca por práticas de cuidado transversais em saúde na atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.

Encontros, Condutas e entrelaçamentos

Este eixo gira em torno dos encontros e seus desdobramentos no que tange a produção do cuidado em saúde. Parte-se do princípio que é no momento do encontro entre sujeitos, entre profissional da saúde e paciente, que acontece o cuidado. Na troca. No acolhimento. No cuidado enquanto acontecimento (MERHY, 2018). Sendo assim, deve-se prestar atenção no modo como ele vêm acontecendo e na forma como nós, profissionais da saúde, o exercemos em nossas práticas cotidianas, envoltos pelos processos de trabalho e fluxos institucionalizados.

A assistência e o cuidado oferecido a usuários de álcool e outras drogas ainda sofre com os efeitos de sua história marcada por guerras, lutas e disputas de poder que propiciaram a construção de um imaginário social culturalmente compartilhado a respeito de um estereótipo do sujeito que faz uso de substâncias (ZANOTTO e ASSIS, 2017; NASCIMENTO, 2017; VENTURA et al, 2020). Dessa maneira, os usuários de drogas historicamente passaram a ser considerados como pessoas que atentam contra a moral e os bons costumes e também contra as próprias instituições, já que são vistos como causas dos problemas da sociedade, o que os transformaria em seres antissociais (BUCHER; OLIVEIRA, 1994, SOUSA, SANTOS e APOSTOLIDIS, 2020). Essa tendência é prejudicial tanto ao profissional, que tomado por esse processo deixa de perceber ou reconhecer o problema mais a fundo, quanto ao paciente, que deixa de receber uma intervenção adequada ao seu problema (ANDRADE; RONZANI, 2016).

Oliveira e Dias (2010) afirmam que estes sujeitos ainda são acometidos pela produção social no que tange aos saberes médico-psiquiátricos e jurídico-policiais que historicamente atribuíram o rótulo de doentes mentais ou criminosos a estas pessoas. Estes fatos ultrapassam as barreiras do estabelecimento hospitalar deixando marcas nos modos como a sociedade produz modos de existência a estes usuários.

Os profissionais da saúde ao perceberem a demanda do uso de substâncias são convocados a se colocarem no lugar de escuta ao que está sendo dito e a responderem com alguma conduta, concebida aqui também como uma prática de cuidado. Percebeu-se em algumas respostas dos participantes da pesquisa a presença de uma herança demasiadamente biomédica-psiquiátrica.

Ao serem questionados sobre as condutas adotadas, quando relatado o uso de SPA pelos pacientes, houveram duas grandes categorias de respostas obtidas:

uma delas corroborando com essa herança médico centrada, como se fosse a figura do médico responsável por dar conta dessas questões, remetendo a medicina o controle e a cura do uso de SPA, como podemos perceber nas seguintes afirmações de conduta

“Alerta a equipe médica. Solicitação de prescrição de adesivo de Nicotina. Solicitação de acompanhamento com a Psiquiatria”. (P.18)

“Comunicar à médica responsável no momento”. (P.17)

“Compartilhar esta informação com a equipe médica [...]” (P.22)

“Articular assistência com a psiquiatria, durante a internação. (P.14)

“Administração de medicamentos conforme prescrição médica, contenção mecânica. (P.19)

Estas falas evidenciam o quanto o saber médico ainda é sobreposto aos demais núcleos que compõem o campo da saúde e atravessa o modo como os profissionais lidam com esta temática. Todo profissional da saúde pode dialogar a respeito do uso de SPA através da tecnologia leve do estabelecimento de vínculo, do estreitamento das distâncias e do combate ao estigma que acomete esse sujeito (OLIVEIRA; SANTOS, 2010). Ao remeterem o cuidado a equipe médica acabam contribuindo para a manutenção das relações de poder, deixando escapar a chance de proporcionar o cuidado ampliado, tomando como parte integrante da saúde também a saúde mental e o estilo de vida das pessoas.

Dessa forma, evidencia-se a permanência de forças conservadoras, centradas no modelo biomédico e seu foco na doença e seu controle externo, por contenção ou medicalização, com relações institucionais hierarquizadas, instrumentalizadas em uma racionalidade jurídico-moral, que ainda se fazem presentes no cotidiano de muitos serviços (FARIA; SCHNEIDER, 2019). Observa-se aqui que é importante a comunicação entre a equipe a respeito das informações dos usuários no que diz respeito à condução dos casos, e afirma-se que o cuidado enquanto acontecimento, em ato, deve ser uma atribuição de todo profissional da saúde no encontro com o usuário.

Por outro lado, a outra grande categoria de respostas foi a respeito da conduta de acolhimento, orientação, escuta e encaminhamentos para rede de saúde, conforme representado pelas seguintes condutas

“Escutar sua demanda, estimular o tratamento, dar orientação, democratizar a informações de locais para o cuidado dos mesmos, discutir em equipe o cuidado.” (P.28).

“Escuta sobre o uso/abuso. Orientações sobre o acompanhamento na rede socioassistencial. Discussão em equipe e com os serviços da rede.” (P.25).

“Busquei atuar junto à equipe multiprofissional na assistência ao familiar, de modo a atender de forma integral suas demandas” (P.11).

“Acolher a demanda, buscar identificar a motivação para tratamento, pensar em possibilidades de tratamento, caso haja interesse” (P.13).

“No primeiro momento acolhimento, escuta sensível e identificar qual a motivação e a vontade do paciente no momento.” (P.39).

Constata-se aqui a presença do que o CRPRS chamou de “*Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*” (2010), onde o “acolhimento” substitui a noção de “contenção” e a “continência” substitui a noção de “controle” (PASSOS, 2010, p.13). Assume-se uma outra postura, na medida em que emerge como princípio primordial o compromisso ético em defesa da vida em sua forma ampla, colocando todos da rede de cuidado na condição de responsáveis pelo “acolhimento” e “cuidado”.

Do mesmo modo, é importante ressaltar que a noção de acolhimento colocou-se como algo inerente ao encontro, e só é nesse sentido que será possível conceber uma prática comprometida com o cuidado em ato. Quando nasce também a noção de compartilhamento multiprofissional, entendendo que para uma questão tão complexa será necessário acionar mais atores na produção do cuidado, além de fazer emergir a importância de acionar uma rede para além do momento da

hospitalização. Pistas aqui que ampliam a própria concepção de saúde e que caminham em direção da integralidade do cuidado.

Em relação às dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde no encontro com o paciente usuário de drogas, pode-se perceber duas categorias em relação às respostas dos participantes que predominaram. A primeira diz respeito às dificuldades ocasionadas por experiências, pessoais e profissionais, difíceis e pelos temores relacionados às representações dos usuários pelos profissionais, como podemos observar nos relatos

“Lidar com a postura julgadora da equipe em relação ao familiar, bem como a falta de maior treinamento para atendimento desse tipo de demanda (P. 08)”

“Temor de comportamentos agressivos” (P. 09)”

“Não me sinto muito à vontade em abordar este tema. Tenho familiares alcoolistas e drogaditos e não tenho paciência com este paciente. (P. 20)”

“Receio de ser moralista, de não saber manejar a situação e não ter aprofundamento teórico” (P. 25)”

Desta forma, o último relato (P. 25) nos dá uma pista sobre o que fazer para minimizar os efeitos destas condutas, que resultam de uma falta de conhecimento e identificação com esta questão. Do mesmo modo, é importante que cada profissional saiba reconhecer os limites de suas práticas na medida em que se deparam com situações nas quais não se sentem preparados ou pelo próprio limite pessoal em conseguir lidar com determinadas situações. Nestes casos é importante a sinalização para a equipe, contudo, sabe-se que, principalmente nos serviços públicos de saúde, os profissionais são escassos e as equipes muitas vezes são mínimas para dar conta das demandas dos usuários dos serviços que geralmente são complexas e em grande número.

Ainda discutindo sobre as dificuldades na atenção ao paciente usuário de drogas, percebeu-se que grande parte delas diz respeito a falta de conhecimento

sobre o campo da saúde mental em álcool e drogas, como pode-se perceber nos seguintes relatos

“Eu não conhecer locais na comunidade que atendam este tipo de pacientes e que ofereçam grupo (P. 17)”

“Gostaria de aprender a abordar de forma correta quando trata-se de um familiar que ainda encontra-se em fase de negação. (P. 09)”

“Trabalhar o uso de substâncias enquanto comorbidade de outros transtornos mentais, trabalhar os comportamentos relacionados à fissura durante a internação e trabalhar o desenvolvimento de juízo crítico do paciente em relação ao uso abusivo de substâncias. (P. 12)”

“Dificuldades relacionadas a abordagem sobre o uso e quando esse uso se torna prejudicial sem perder vínculo e sem impactar negativamente em outras demandas. Outra dificuldade é sobre o suporte da rede que é frágil. (P. 27)”

“Dificuldade no manejo. Nas orientações. (P. 43)”

Uma das saídas para estas dificuldades sinalizada pelos participantes da pesquisa foi a possibilidade de processos formativos sobre a temática do uso e abuso de álcool e drogas, como podemos perceber nas seguintes respostas à questão relacionada aos motivos das dificuldades

“Falta de treinamentos, aulas e conhecimento técnico para atuar com essa demanda (P. 08)”

“Não tenho formação para tal (P. 10)”

“Tenho pouca experiência no atendimento a esses pacientes e não tenho buscado conteúdos teóricos específicos da adição para me auxiliar na minha área de atuação. (P. 12)”

“Porque não somos orientados, e somente nos atemos a prescrição médica. (P. 21)

“Penso que ainda preciso de muito aperfeiçoamento na prática [...] (P. 41)

A maioria das dificuldades relatadas estão relacionadas à formação profissional. Evidenciando-se aqui a importância de uma formação continuada em saúde. A Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, considera que a “Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 1).

Neste sentido, quanto a temática do uso e abuso de álcool e drogas, a formação dos trabalhadores que atendem a essa população necessita ser, de forma contínua, atrelada ao cotidiano dos serviços, uma vez que o manejo necessário para se ofertar uma atenção adequada a estes usuários extrapola o conhecimento tradicional/acadêmico e engloba conhecimentos que são adquiridos na prática, empiricamente, incluindo a lida com os sentidos e valores dos trabalhadores, que podem comprometer o cuidado (SILVA; KNOBLOCH, 2016).

Desafios e possibilidades: a equipe e o hospital como parte da rede

Os desafios que se colocaram por entre os caminhos da pesquisa estiveram sempre entrelaçados às possibilidades de resolução. Algo que ficou evidente foi a necessidade de uma formação continuada em álcool e drogas aos profissionais da assistência hospitalar, que contemple as interposições e a imprevisibilidade do cotidiano. Neste mesmo sentido, emergiu uma outra questão como estruturante para as possibilidades de um cuidado que se quer universal, equânime e integral, que é a efetivação das redes de cuidado no hospital e para além dele. Pista que nos guia na direção de uma lógica que compreende que para uma questão complexa e multifatorial, exigem-se possibilidades que deslizem também pelas vias da

complexidade, a partir da multidisciplinaridade/interdisciplinaridade e de ações e parcerias intersetoriais.

Podemos perceber em algumas das respostas dos participantes a presença de dois conceitos-ferramenta muito importantes que necessitam ser lembrados quando de encontro ao paciente usuário de drogas, que é o trabalho em equipe multiprofissional e em rede. Aqui é importante reconhecer o hospital também como parte integrante desta rede de atenção que tem como um de seus principais objetivos prestar atenção integral ao seu usuário, englobando a continuidade dos cuidados para além do hospital, em rede especializada e de atenção básica. Nos trechos a seguir sobre as práticas exercidas percebe-se a necessidade identificada pelos profissionais de um trabalho coletivo e compartilhado

“Encaminhamento pra rede psicossocial (P. 03)”

“Busquei atuar junto à equipe multiprofissional na assistência ao familiar, de modo a atender de forma integral suas demandas (P. 08)”

“encaminhar para o Caps ad da sua cidade, em trabalho conjunto (P. 09)”

“Abordagem de forma indireta sobre a vinculação do paciente com algum tipo de serviço. (P. 31)”

“ [...] apoio de toda equipe, pois não é um fato que se deve ser tratado em isolado, mas com o apoio multiprofissional. (P. 19)”

É importante destacar aqui que existe um exercício a ser feito pelo profissional neste momento, que é o de identificar o que ele pode fazer no momento do encontro com o sujeito, ou seja, o cuidado enquanto acontecimento, e quais os possíveis desdobramentos a partir dele. Tendo em vista que o paciente está de passagem pela instituição e que existem equipamentos específicos que podem tratar do uso de SPA de forma mais ampliada e resolutiva. Mas para estes encaminhamentos acontecerem de fato se faz necessário o reconhecimento das

redes de atenção à saúde mental, álcool e drogas (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2017).

Neste sentido, faz-se necessário recorrermos ao conceito mais ampliado de rede a partir da Portaria nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos mentais e decorrentes do uso de drogas no SUS (BRASIL, 2011), que a compreende a partir da necessidade de uma “rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas” (BRASIL, 2011). Contribuindo nesse debate, a Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas (BRASIL, 2003), do Ministério da Saúde, alarga essa compreensão na medida em que convoca outros fatores relacionados, compreendendo-a como uma

rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003, p. 6).

Percebe-se aqui um compromisso com o que foi dito anteriormente que é a compreensão de que o hospital é um lugar de passagem, mas que sendo um estabelecimento de intervenções em saúde, necessita estar preparado para os desdobramentos da demanda do uso de álcool e drogas. Neste sentido, os hospitais se fazem de suma importância ao serem instituições que podem garantir a equidade e a integralidade da assistência e na defesa da vida desde que as práticas desenvolvidas estejam comprometidas com algo maior, ligadas não apenas à questão biológica-curativista mas, também, com o universo da prevenção e promoção da saúde (SILVA, 2005). Do mesmo modo, é no estabelecimento de saúde o espaço propício para a conjugação das tecnologias de cuidado em direção à integralidade do cuidado. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado

para apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de viver a vida (MERHY, CECÍLIO, 2003)

Sendo assim, ainda é indispensável reconhecermos que existem e estão presentes alguns “mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais que ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 3). Deste modo, cabe ao profissional ainda resistir e enfrentar a fragmentação do cuidado e exercitar a habilidade do trabalho em equipe e em rede. De acordo com os autores, o hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Práticas transversais: ética, cuidado e políticas públicas de saúde

Para o último eixo de discussão, coloca-se em questão as práticas de cuidado transversais e seus desdobramentos éticos e políticos, na medida em que se compreende que toda práxis produz modos de existência. Ela pode ser potente e apostar em modos de vida pautados na singularidade e na diferença, ou podem contribuir para a manutenção das relações de poder já existentes e cristalizadas. Ao serem questionados quanto a concepção de práticas de cuidado em saúde, foi unânime a presença do entendimento de práticas que promovam autonomia e que compreendam o contexto no qual o sujeito está inserido, como podemos evidenciar nos seguintes fragmentos

“ Qualquer ação que envolva o sujeito, profissional e família no cuidado a saúde (P. 01)”

“Atuação da pessoa/profissional no cuidado direto ou indireto ao paciente/família/meio de inserção (P. 03)”

“Abordagem do paciente em seus diferentes contextos, adaptando o serviço conforme a necessidade do indivíduo. (P. 10)”

“Práticas com foco na promoção de saúde integral, tendo uma visão de sujeito biopsicossocial. São práticas que buscam aumentar o bem-estar da população e a sua qualidade de vida, com foco não só no uso de tecnologias, mas também na humanização, práticas de prevenção, educação, acolhimento e no vínculo entre paciente e profissional/serviço de saúde. (P. 12)”

“Para mim se refere ao cuidado do indivíduo como um todo, pensando sobre as necessidades do mesmo e o encaminhamento para práticas que possam auxiliá-lo a melhorar sua qualidade de vida. (P. 14)”

“Olhar ampliado e busca de alternativas que não visem apenas o tratamento da(s) doença(s), mas sim, estratégias de enfrentamento das expressões da questão social que repercutem na ausência de saúde, ou até mesmo que vem trazer esta condição. (P. 25)”

Fragmentos que demonstram a existência de uma concepção do conceito ampliado de saúde, o qual a percebe como resultante dos determinantes sociais para além dos aportes biológicos, a qual exige a construção de uma rede de cuidado que trabalhe sob o prisma da produção da saúde enquanto qualidade de vida e não somente pelo viés da doença (GUEDES; CASTRO, 2009). Pode-se notar que a maioria das respostas nesta questão consegue abarcar o conceito ampliado de saúde, percebido como muito além do processo de doença que acomete os sujeitos mas que resultam de modos de vida já cristalizados os quais podem e devem ser alvo de intervenções de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Embora tenham predominado as respostas referentes ao conceito ampliado de saúde, ainda é possível perceber em algumas das respostas a presença do que seria o “correto” a responder, e não uma resposta baseada na prática profissional. Essa é uma limitação importante deste estudo, e particularmente de uma metodologia em que não foi possível a criação de grupos de discussões onde a questão poderia ser melhor discutida e explorada.

Sendo assim, é importante recorrermos a alguns documentos que guiam, ou pelo menos deveriam guiar as discussões e os estabelecimento de diretrizes de cuidado na área do uso de drogas no país. Atualmente, os principais instrumentos

político-legais da área são: a Política de Atenção Integral aos Usuários de Drogas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003); a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) (BRASIL, 2008); a Lei nº 11.343 (BRASIL, 2006); a Portaria nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de drogas no SUS (BRASIL, 2011). Documentos problematizados criticamente no estudo feito por Costa, Ronzani e Colugnati (2017).

Para Costa, Ronzani e Colugnati (2017), as atuais políticas e principais mecanismos legais necessitam de constante reflexão crítica, “sua utilização deve almejar compreender as dificuldades em sua efetiva concretização, o que significa constantes exercícios de ação e reflexão, repensando, inclusive, as inter-relações entre papel e prática (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2017). Neste sentido, é importante que estes documentos sejam parte da formação dos profissionais da saúde e que sejam trabalhados de forma crítica e contextual, articulado com a prática cotidiana de cada trabalhador. Aqui encontra-se um compromisso ético, estético e político na medida em que neste processo se encontra a produção de um cuidado integral e ampliado em saúde.

Desta forma, se faz preciso a criação de mecanismos capazes de romper com o que os autores trazem como título do estudo “*no papel é bonito, mas na prática...*”, buscando assim estreitar a distância entre o ideal e o real, tendo como horizonte a concretização de práticas de cuidado transversais em saúde. Práticas que possam ser fundamentadas em políticas públicas de saúde que garantam um compromisso ético com os direitos humanos e a promoção da cidadania dos sujeitos e coletivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou conhecer e analisar práticas de cuidado que são transversais no contexto da saúde, como a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Tentou-se, a partir de uma metodologia participativa, identificar dificuldades e encaminhamentos no que tange às demandas relacionadas ao uso de drogas, contudo, com o advento da pandemia, o estudo encontrou dificuldades em manter um de seus objetivos específicos que era a construção de um dispositivo capaz de compor para uma possível formação sobre o uso de drogas e as práticas de cuidado no ambiente hospitalar. Mesmo assim, foi possível evidenciar a necessidade identificada pelos profissionais por programas de educação permanente em saúde no que diz respeito à temática.

Sabe-se que a temática do uso de álcool e outras drogas é uma questão bastante polêmica e que exige um posicionamento ético-político na produção e afirmação das práticas de cuidado e políticas de saúde. Diante disso é imprescindível a produção de pesquisas relacionadas ao tema que levem em consideração marcos teóricos que incluam a complexidade, a multifatorialidade e a intersetorialidade como pressupostos básicos, além da inserção da discussão na formação dos profissionais da saúde, ainda na graduação.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. F. e ROCHA, M. L. **Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política. Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política**, nº 3/4, 1997, pp. 87-102.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set-dez. 2004.

BARATA, A. Introdução a uma sociologia das drogas. In: MESQUITA, F.; BASTOS, F.I. **Drogas e AIDS: Estratégias de Redução de Danos**. São Paulo: Hucitec, 1994.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al 2017. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p. Acesso em 18.ago.2019. > <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>

BAUMAN, Z. **Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadorias**; tradução Carlos Alberto Medeiros. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

BONDÍA, JL, “Notas sobre a experiência e o saber de experiência”, **Revista Brasileira de Educação**, Vol. 19, pp. 20-28, Jan-Abr, 2002

BRANDÃO, C. R. (org.) **Repensando a Pesquisa Participante**. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BRASIL. Lei no. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil] , Brasília a [online], 20 fev. 1998. [http://www.dou.gov.br/materias/do1/do1legleg19980220180939_001.htm]

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Brasília, Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012.

BRASIL, 2010. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1)

BRASIL, 2013. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de dezembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 4 set. 2019. » http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

BRASIL, 2019. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde. 424 p.

CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E.; "**A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**", Campinas (SP), 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS) 1986. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília, DF: CONASS, 1986.

CONTE, M. et al. **Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica**. *Boletim da Saúde*, v. 18, n. 1, p. 59-77, 2004.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da et al . Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 19, n. 53, p. 395-404, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200395

&lng=en&nrm=iso>. access on 3 Jan. 2021. Epub Mar 27, 2015.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0607>.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; RONZANI, Telmo Mota; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile. “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. **Saude soc.**, São Paulo , v. 26, n. 3, p. 738-750, Sept. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300738 &lng=en&nrm=iso>. access on 4 Jan. 2021.
<https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170188>.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. p 307.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

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 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000100143 &lng=en&nrm=iso>. access on 31 Aug. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722016012055143150>.

LE BOTERF, G. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. In BRANDÃO, C.R. **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999. 252 p.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). **Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.45-58.

MALTA DC; MENDES, MS; MACHADO, ÍE; PASSOS, VMA; ABREU, DMX; ISHITANI, LH; MELÉNDEZ, G; CARNEIRO, M; MOONEY, M, NAGHAVI, M, 2017. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Rev. Bras. epidemiol**; 20(1):217-232.

MATTA, Alessandra Nagamine Bonadio et al . Processos formativos em álcool e outras drogas para trabalhadores da rede pública do município de São Paulo: a

experiência do CRR-DIMESAD-UNIFESP. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei , v. 11, n. 3, p. 637-649, dez. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-8908201600030009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 4 jan. 2021.

MERHY, E. E, (2003). Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, 27(65), 316-323

MERHY, E.E. **A cartografia do trabalho vivo**; São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, EE. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. Texto produzido a partir do texto didático: o ato de cuidar como um dos nós críticos-chave dos serviços de saúde. Curso DMPS/FCM/Unicamp; 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília (DF); 2004.

NASCIMENTO, R.S.P. As representações sociais e as relações de estigmatização sobre os usuários de maconha. 2017. 41f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Ceará - campus Sobral, Sobral, 2017.

NUNES, D. C; et al. "...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...". In L. M. B. Santos (Org.), **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas** (pp. 15-26). Porto Alegre, RS. 2010.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, 2014

PETUCO, D. Entre macro e micropolíticas: O movimento social de redução de danos e o campo político reflexivo das drogas. In: **Conselho Federal de Psicologia. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras** / Conselho Federal de Psicologia. —Brasília: CFP, 2010.

ROCHA, M. & AGUIAR, K. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. [Versão eletrônica]. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 23(4), 64-73. 2003.

SANTOS, Francéli Francki dos; FERLA, Alcindo Antônio. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 21, n. 63, p. 833-844, Dec. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000400833&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Aug. 2019. Epub Feb 23, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0270>.

SANTOS, N; OLIVEIRA, E. A rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas – em busca da integralidade. In: L. M. B. Santos (Org.), **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas** (pp. 15-26). Porto Alegre, RS, 2010.

SOUZA, Lorena Figueiredo de et al . A universidade como parceira na formação diferenciada para o cuidado aos usuários de drogas. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei , v. 11, n. 3, p. 570-582, dez. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-8908201600030004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 4 jan. 2021

SOUSA, Yuri Sá Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; APOSTOLIDIS, Thémis. Drogas no Espaço Público: Consumo, Tráfico e Política na Imprensa Brasileira. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 40, e201819, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932020000100120&lng=en&nrm=iso>. access on 4 Jan. 2021. Epub Nov 18, 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003201819>.

SILVA, Daniela Luciana Silva e; KNOBLOCH, Felícia. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 20, n. 57, p. 325-335, June 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200325&lng=en&nrm=iso>. access on 4 Jan. 2021. Epub Feb 23, 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0061>.

VALLE, E.R.M. A pesquisa Participante como metodologia de pesquisa em enfermagem. **Enfoque**, v.16, n.1, o.20-23, 1998.

VENTURA, J.; GOMES, G. C.; SCARTON, J.; PERIM, L. F.; CORRÊA, L.; GEHLEN, M. H. Social representations about family care received by women crack users during hospitalization. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. e196932762, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i3.2762. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2762>. Acesso em: 4 jan. 2021.

ZANOTTO, Daniele Farina; ASSIS, Fátima Büchele. Perfil dos usuários de crack na mídia brasileira: análise de um jornal e duas revistas de edição nacional. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, p. 771-792, July 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300771&lng=en&nrm=iso>. access on 4 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000300020>.

APÊNDICE A

Práticas de Cuidado Transversais na Atenção Integral ao Usuário de Drogas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa cujo objetivo é conhecer e analisar práticas de cuidado e encaminhamentos na atenção ao paciente e familiar usuário de álcool e outras drogas em um hospital geral. Esta pesquisa está sendo realizada pelo pesquisador Psicólogo Charles Vieira do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com ênfase na Atenção Integral ao Usuário de Drogas, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - RIMS/HCPA, com orientação da pesquisadora Dr^a Carolina dos Reis (PPGPSI/UFRGS)

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição ou ao vínculo que você tem ou possa vir a ter na instituição. Para participar, você deverá preencher este questionário contendo 10 perguntas, com a duração de 10 à 15 minutos.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Charles da Rosa Vieira (crvieira@hcpa.edu.br) , pelo telefone 99514-5449, com a pesquisadora Dr^a Carolina dos Reis (carolinadosreis@gmail.com) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA, pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Ao clicar em “aceito”, você concorda em participar do estudo e passará para a página seguinte em que constam os questionários. Caso você queira saber sobre os resultados da pesquisa, ao final do preenchimento poderá deixar, se achar conveniente, seu contato de email para que possamos lhe enviar um relatório.

Muito obrigado pelo seu interesse e disponibilidade em participar da pesquisa.

*Obrigatório

Concordo com o TCLE e aceito participar da pesquisa

1. Qual sua idade? _____

Sexo Masc. Fem.

2. Qual seu vínculo com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA?

Contratado Residente Outro: _____

3. Qual sua formação?

Educação Física

Terapia Ocupacional

Farmácia

Fonoaudiologia

Fisioterapia

Odontologia

Nutrição

Psicologia

Serviço Social

Medicina _____

Enfermagem

Técnico em enfermagem

4. Em qual/quais área/áreas assistencial/assistenciais do hospital você exerce suas funções?

5. Você já atendeu algum paciente/familiar em que o uso de substâncias foi identificado?

SIM NÃO

6. Qual foi sua conduta?

7. Quais as dificuldades encontradas no atendimento ao paciente/familiar usuário de substâncias?

8. Caso você tenha solicitado consultoria, qual foi o serviço acionado?

Educação Física

Terapia Ocupacional

Farmácia

Fonoaudiologia

Fisioterapia

Odontologia

Nutrição

Psicologia

Serviço Social

Medicina _____

Enfermagem

9. Você se sente preparado para atender as demandas referentes ao uso de álcool e drogas de pacientes internados?

10. Porquê?
