

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES.
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

ANTÔNIO HENRIQUE MARIANO

**Intervenção Breve como estratégia de cuidado em Saúde Mental na
Atenção Primária à Saúde**

Maringá

2022

ANTÔNIO HENRIQUE MARIANO

**Intervenção Breve como estratégia de cuidado em Saúde Mental na
Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de Concentração: Elaboração de Políticas Públicas

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lilian Denise Mai

Maringá

2022

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

M333i Mariano, Antônio Henrique
Intervenção breve como estratégia de cuidado em saúde mental na atenção primária à
saúde / Antônio Henrique Mariano. -- Maringá, PR, 2022.
83 f.: il. color., figs.

Orientadora: Profa. Dra. Lilian Denise Mai.
Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de
Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós-
Graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional, 2022.

1. Saúde mental. 2. Dependência química. 3. Atenção primária à saúde. 4. Transtorno
por uso de substâncias . 5. Educação permanente. I. Mai, Lilian Denise, orient. II.
Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes.
Departamento de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas -
Mestrado Profissional. III. Título.

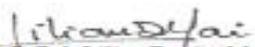
CDD 23.ed. 614.4

ANTÔNIO HENRIQUE MARIANO

**Intervenção Breve como estratégia de cuidado em saúde mental na Atenção Primária
à Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas
do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como
requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

BANCA EXAMINADORA


Prof.ª Dr.ª Lilian Denise Mai

Presidente/Orientadora
Universidade Estadual de Maringá – UEM



Prof.ª Dr.ª Marcelle Paiano
Universidade Estadual de Maringá – UEM



Prof.ª Dr.ª Maria Fernanda do Prado Tostes
Universidade Estadual do Paraná – UNESPAR

Aprovada em 26 de maio de 2022

Banca realizada por videoconferência conforme Resolução nº 008/2020 – PPP

Intervenção Breve como estratégia de cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

RESUMO

A Dependência Química, Transtorno Mental classificado na CID-10, entre F-10 ao F-19, é um grave problema de saúde pública, atingindo outros ramos da sociedade como segurança pública, justiça, educação, assistência social e trânsito, além de incidir diretamente sobre as pessoas portadoras de Transtorno por Uso de Substâncias e suas famílias. O alto consumo de drogas lícitas e ilícitas na atualidade, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a tratamentos em liberdade e a disponibilidade e não uso cotidiano de tecnologias de cuidado, como a Intervenção Breve (IB), são aspectos que motivam o presente estudo. O objetivo é construir uma capacitação sobre IB como estratégia de cuidado ao nível da Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma pesquisa não experimental, do tipo descritivo e exploratória, desenvolvida entre abril e dezembro/2021, em âmbito da 19.^a RS do Estado do Paraná. Os participantes foram 11 profissionais de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, junto aos quais foi aplicada a capacitação sobre IB na APS. Os resultados demonstraram a necessidade de educação permanente na APS, a importância do tema e a possibilidade da implantação da IB na APS. A capacitação proposta e aplicada, orientada pelo trabalho multiprofissional, mostrou-se adequada e factível e, mesmo com uma carga horária reduzida de 12 horas, soma-se às capacitações já existentes no país e permite que seja realizada no desenrolar do cotidiano do trabalho, de modo que os profissionais se sintam sensibilizados e aptos para realizar a triagem e aplicação da IB. A produção de material didático, em forma de manual de apoio ao processo formativo, foi considerada pela equipe como fundamental para a consolidação do aprendizado técnico-científico, fortalecido pelos debates e trocas de experiências. Conclui-se que, contribuindo para consubstanciar a RAPS e fortalecer a política nacional de saúde mental pautada na reforma psiquiátrica brasileira, a IB representa uma alternativa de cuidado e de redução de danos, bem como para a triagem e o tratamento em liberdade, valorizando o trabalho em equipe e priorizando os recursos da comunidade de origem do portador de transtorno por uso de substâncias.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias; atenção primária à saúde; triagem e intervenção breve; colaboração intersetorial; educação permanente.

Brief Intervention as a Mental Health care strategy in Primary Health Care

ABSTRACT

Chemical Dependency, a Mental Disorder classified at ICD-10, between F-10 to F-19, is a serious public health problem, affecting other branches of society such as public safety, justice, education, social assistance and traffic, in addition to affecting directly on people with Substance Use Disorder and their families. The high consumption of licit and illicit drugs today, the difficulty in accessing health services and treatments in freedom and the availability and non-day use of care technologies, such as the Brief Intervention (BI), are aspects that motivate the present study. The objective is to build capacity on IB as a care strategy at the Primary Health Care (PHC) level. This is a non-experimental, descriptive and exploratory research, developed between April and December/2021, within the scope of the 19th RS of the State of Paraná. The participants were 11 professionals from a team of the Family Health Strategy, together with whom the training on IB in PHC was applied. The results showed the need for permanent education in PHC, the importance of the topic and the possibility of implementing the BI in PHC. The proposed and applied training, guided by multidisciplinary work, proved to be adequate and feasible and, even with a reduced workload of 12 hours, it adds to the training already existing in the country and allows it to be carried out in the course of daily work, so that professionals feel sensitized and able to perform the screening and application of the BI. The production of didactic material, in the form of a manual to support the training process, was considered by the team as fundamental for the consolidation of technical-scientific learning, strengthened by debates and exchanges of experiences. It is concluded that, contributing to substantiate the RAPS and strengthen the national mental health policy based on the Brazilian psychiatric reform, the IB represents an alternative for care and harm reduction, as well as for screening and treatment in freedom, valuing the teamwork and prioritizing the resources of the substance use disorder's community of origin.

Keywords: Substance-related disorders; primary health care; triage and brief intervention; intersectoral collaboration; Permanent Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadros

Quadro 1 – Aspectos teórico-metodológicos da capacitação sobre a Intervenção Breve como estratégia de cuidado em saúde mental na Atenção Primária em Saúde Jacarezinho, 2022.....	28
---	----

Figuras

Figura 1 - Distribuição geográfica dos 22 municípios pertencentes à 19ª Regional de Saúde do estado do Paraná, Jacarezinho, 2022.....	30
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ASSIST	Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e Outras Substâncias
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CF	Constituição Federal
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CID10	Classificação Internacional de Doenças
CISNORPI	Consórcio de Saúde do Norte Pioneiro
CONAD	Conselho Nacional Sobre Drogas
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
COPEP	Conselho Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GTA	Grupo Técnico de Atenção
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IB	Intervenção Breve
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional Anti Drogas
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Assistência à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
RS	Regional de Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SENAD	Secretaria Nacional Anti Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SPA	Substância Psicoativa
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUPERA	Sistema para Detecção do Uso Abusivo de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UENP	Universidade do Norte do Paraná

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	16
2.2	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO PONTO DE ATENÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL.....	21
3	OBJETIVOS	25
4	JUSTIFICATIVA	26
5	METODOLOGIA	27
5.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	27
5.2	CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO.....	27
5.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO.....	29
5.4	COLETA DE DADOS.....	29
5.5	ANÁLISE DE DADOS.....	33
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
6	RESULTADOS	34
7	DISCUSSÃO	35
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
9	REFERÊNCIAS	43
10	APÊNDICES	50
	APÊNDICE A – MANUAL DE CAPACITAÇÃO SOBRE IB NA APS.....	50
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A EQUIPE DA SAÚDE DE FAMÍLIA.....	77
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	78
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO.....	79
	ANEXO B – PARECER.....	80

1 INTRODUÇÃO

A Dependência Química, Transtorno Mental classificado na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) entre os códigos F-10 e F-19, é um grave problema de saúde pública, atingindo outros ramos da sociedade, como segurança pública, justiça, educação, assistência social e trânsito, além de incidir diretamente sobre as famílias (SOUSA; SANTOS; APOSTOLIDIS, 2020). Envolve o uso e abuso de diferentes tipos de drogas, conceituadas como qualquer substância, não produzida pelo organismo, com capacidade de provocar alterações fisiológicas ou comportamentais (BRASIL, 2012). As drogas se classificam em depressoras, estimulantes e perturbadoras do Sistema Nervoso Central (SNC) e são conhecidas como drogas de escolha, sendo o termo Substância Psicoativa (SPA) a denominação utilizada atualmente para descrevê-las (CEBRID, 2022; SILVA; MOLL; VENTURA, 2018). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), em sua quinta edição, define o transtorno por uso de substâncias como um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, decorrente do uso frequente de SPA, mesmo com problemas significativos (ROCHA; LOPES; FERNANDES LOPES, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera, ainda, que o abuso de drogas não pode ser definido apenas em função da quantidade e frequência de uso. Assim, uma pessoa somente será considerada dependente se o seu padrão de uso resultar em, pelo menos três dos seguintes sintomas ou sinais, ao longo dos últimos doze meses:

1. Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância [...];
3. Estado de abstinência fisiológica [...];
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
5. Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa [...];
6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017a, p. 16-17).

O Relatório Mundial sobre Drogas 2021 (UNODC, 2021), apresentado em 24 de junho de 2021, pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), confirma que no ano de 2020, cerca de 275 milhões de pessoas usaram drogas, sendo que mais de 36 milhões sofreram de transtornos associados ao uso de drogas, incluindo a dependência (ROCHA; LOPES; FERNANDES LOPES, 2019). No Brasil, destacou-se o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, realizado em 2015 e coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz em parceria com outras instituições, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Nacional

do Câncer (INCA) e Universidade de Princeton (EUA) (FIOCRUZ, 2017). Pela primeira vez, abrangeu o país em sua totalidade, inclusive os Municípios de pequeno porte e regiões de fronteira, trazendo um diagnóstico de grande relevância, pois foi o mais completo levantamento já realizado no país. A pesquisa foi realizada entre maio e outubro de 2015, e foram entrevistadas cerca de 17 mil pessoas com idade entre 12 a 65 anos.

Embora o inquérito tenha sido domiciliar, não abrangendo os usuários que não se encontram nessa situação, alguns dados obtidos revelaram que 3,2% dos brasileiros usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, e isso equivaliu a 4,9 milhões de pessoas, sendo 5% entre os homens e 1,5% entre as mulheres; 7,4% das pessoas entre 18 e 24 anos haviam consumido drogas ilegais no ano anterior à entrevista; a droga ilícita mais utilizada foi a maconha, sendo que 7,7% dos brasileiros de 12 a 65 anos já usaram ao menos uma vez na vida; a segunda droga mais utilizada foi a cocaína em pó, tendo sido consumida por 3,1% dos entrevistados, e 0,3% dos entrevistados declararam ter feito uso nos 30 dias anteriores à pesquisa.

O uso de crack e similares foi relatado por cerca de 1,4 milhão de pessoas entre 12 e 65 anos pelo menos uma vez na vida, correspondendo 0,9% das pessoas pesquisadas, sendo 1,4% entre os homens e 0,4% nas mulheres, e nos últimos 12 meses 0,3% da população informou ter utilizado a substância; os opiáceos e tranquilizantes benzodiazepínicos sem prescrição médica foram relatados por 0,6% e 0,4%, respectivamente; 33,5% (1 terço) utilizaram cigarro industrializado pelo menos uma vez na vida, e 13,6% declararam ter consumido nos 30 dias anteriores à pesquisa, correspondendo a 20,8 milhões de entrevistados; mais da metade da população entre 12 e 65 informou ter utilizado bebida alcoólica pelo menos uma vez na vida. O uso nos 30 dias anteriores à pesquisa foi declarado por 30,1%, ou seja, 46 milhões de pessoas, e também, nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, 2,3 milhões de pessoas apresentaram critérios para a dependência.

No Paraná, segundo dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná (SESA), os óbitos decorrentes por transtornos relacionados ao uso de substâncias têm crescido nos últimos anos. Foram registrados, respectivamente, 763 óbitos em 2017, 827 em 2018, 933 em 2019, 1.095 em 2020 e 1.299 em 2021, totalizando 4.917 no período (SESA, 2022).

Muitas vezes, o uso de SPA é um comportamento e não uma doença, pois, nem todas as pessoas que fazem seu uso desenvolvem dependência química. Por vezes, representa usos esporádicos ou recreativos, com episódios de maior ou menor intensidade (FERRUGEM, 2018). Contudo, quando

identificada a dependência química, uma possibilidade de abordagem alternativa é a linha da Redução de Danos. Como experiência, em 1926, divulgado no Relatório Rolleston, na Inglaterra, fora recomendado como ato médico a prescrição de doses de heroína e morfina às pessoas que não conseguiam parar com o consumo. Era um uso monitorado, visando alcançar qualidade de vida das pessoas com dependência química. Esse foi o primeiro registro contemporâneo que se tem notícia quanto à redução de danos (SURJUS; SILVA, 2019). Em 1965, também foi incluído o uso de metadona para dependentes de opiáceos (CARLINI, 2003) e, em 1984, na Holanda, essa experiência de redução de danos foi adaptada com o objetivo de conter a propagação da AIDS, destacando-se a troca de seringas e a informação como os principais motes da campanha, posteriormente adotada por vários países europeus (SURJUS; SILVA, 2019).

Nessa mesma direção, foi proposta pela primeira vez a Intervenção Breve (IB) para pessoas usuárias de álcool, no Canadá, em 1972, por Sanchez-Craig. Ao mesmo tempo, nos Estados Unidos, William Miller, juntamente com outros colaboradores, realizaram abordagens semelhantes com base nos estudos do inglês Griffith Edwards, que relatou que após uma única sessão de aconselhamento de IB um paciente conseguiu a redução no consumo de álcool. A técnica de IB pode ser conceituada como:

uma estratégia de intervenção estruturada, focal e objetiva, com procedimentos técnicos, que permitem estudos sobre sua efetividade. Seu objetivo é ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017b, p. 14).

Como a Atenção Primária à Saúde (APS) é onde geralmente ocorre o primeiro contato das pessoas com os serviços de saúde, este torna-se um espaço privilegiado para a prevenção secundária, evitando o desenvolvimento de quadros mais graves de dependência química (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019, p. 222). O trabalho da APS deve privilegiar o quadrilátero da formação, que engloba instituições de ensino, trabalhadores, gestores e usuários, sendo a lógica relacional envolvida a que motiva os processos formativos integrados às práticas assistenciais, com potencial transformador dessas práticas a partir dos espaços e territórios em que elas acontecem em benefício da qualidade de vida das pessoas (FRANÇA, 2016).

A OMS recomenda desde o ano de 2001 a aplicação de IB, e a mesma tem demonstrado eficiência no consumo problemático do álcool, até mesmo no Brasil. Porém, a falta de recursos humanos na APS, falta de tempo dos profissionais e alta demanda nos serviços, entre outras, são algumas das dificuldades encontradas para a não implantação da IB enquanto estratégia de cuidado

na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (SOARES; VARGAS, 2019). Por outro lado, no Brasil, ainda há poucos estudos e pouca implementação de triagem e IB na APS (ZERBETTO; FURINO, 2017).

Ronzani et al. (2005) afirmam que, para ocorrerem ações preventivas do uso abusivo do álcool, em relação aos programas e treinamentos dos profissionais da APS, estes devem ser pragmáticos, visando aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e priorizando mudanças de atitudes na abordagem dos usuários. A estigmatização dos usuários abusivos e o não envolvimento dos profissionais na busca de alternativas de cuidado, a exemplo da IB, é consequência do não entendimento dos transtornos por uso de substâncias como questão de saúde pública (ABREU et al., 2018).

Para Zerbetto & Furino (2017), em vários países tem-se adotado a articulação de instrumentos de triagem, associados à IB. Em um estudo controlado randomizado entre a Austrália, Brasil, Estados Unidos e Índia, demonstrou-se que os usuários de APS, que receberam IB após três meses, reduziram consideravelmente a pontuação do Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST), sendo que 80% relataram intenção em reduzir o uso de SPA (ABREU et al., 2018). E, quanto a capacitações sobre o tema, um importante curso é ofertado na modalidade à distância pela Secretaria Nacional Anti Drogas (SENAD), com o título de “Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento” (SUPERA). Trata-se de um curso amplo, com conteúdo denso e duração de 120 horas.

Contudo, considerando os desafios cotidianos e necessidades no trabalho na APS, uma capacitação com tal extensão pode encontrar resistências e dificuldades de adesão por parte dos trabalhadores. Assim, a questão a que se propõe responder o presente estudo é: como propor uma capacitação sobre IB para a APS de modo a tornar-se uma estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) significativa e de uso mais rápido e periódica, enquanto uma medida de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pautada na redução de danos?

O capítulo, a seguir, apresenta alguns elementos históricos e conceituais para fundamentar a temática proposta.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O Sistema Único de Saúde (SUS), fruto da reforma sanitária e fundamento das políticas públicas de saúde no Brasil, tem previsão constitucional de ordenar e formar os profissionais de saúde, atingindo mudanças significativas na atuação dos mesmos (BRASIL, 2018). Nesse contexto, conceitos como EPS, Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Reforma Psiquiátrica Brasileira, campo em que se insere o presente estudo, tornam-se significativos e motivadores de mudanças nas práticas assistenciais e de formação em saúde.

Em 2004, foi criada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria GM/ MS n.º 198/2004, sendo uma consequência da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003 (BRASIL, 2018). Com a implementação de suas diretrizes, mediante a Portaria GM/MS n.º 1.996/2007, a PNEPS representou uma conquista da sociedade brasileira e o resultado do comprometimento e esforços dos profissionais de saúde e defensores da educação como possibilidade de transformação das práticas do trabalho em saúde (BRASIL, 2018).

Em 2014, a Portaria Ministerial (MS) n.º 278/2014 (BRASIL, 2014), em seu art. 2.º, I, conceituou EPS como a “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde”. Assim, a educação se faz no trabalho, refletindo-se sobre as práticas e os processos, entre os pares, com a comunidade, gerando mudanças individuais, coletivas e institucionais. Difere da educação continuada, onde as atividades possuem um período determinado para sua realização, e utiliza metodologias do ensino tradicional, com o objetivo de aquisição de conhecimentos técnico-científicos (BRASIL, 2018).

À medida que avançaram as estratégias de construção e aprimoramento do SUS nas últimas décadas, verificou-se um reordenamento da assistência à saúde no Brasil, ganhando destaque a realização do trabalho em RAS (WEBER; ROSA, 2018). A Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), definiu RAS como sendo “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Com a RAS, houve o fortalecimento da APS que, no Brasil, também é chamada de Atenção Básica (AB) e tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) seu principal modelo de atenção (BRASIL, 2010; BERTUSSI; et al., 2018). Esse fortalecimento tornou-a o primeiro ponto e primeiro nível de atenção. Assim, como primeiro ponto de atenção, a APS é o espaço onde são ofertados determinados

serviços de saúde; e, como primeiro nível de atenção, realiza os cuidados primários dos problemas mais comuns de saúde. Formando relações horizontais e promovendo a integração sistêmica, a APS articula o cuidado em outros pontos e níveis de atenção (BRASIL, 2010).

A temática da IB insere-se na área de saúde mental e, mais especificamente, compõe uma tecnologia de cuidado na RAPS sob a lógica da redução de danos. Considerando as características da APS, a qual desempenha atribuições específicas e fundamentais nas diferentes RAS, inclusive na RAPS, compreende-se ser este um ponto de atenção capaz de incorporar a IB em seu cotidiano e gerar muitos benefícios aos indivíduos e comunidades nas quais se inserem.

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A história da psiquiatria no Brasil inicia com a colonização (YASUI; BARZAGHI, 2018), onde até o século XIX não havia políticas públicas para tratamento das pessoas com sofrimento mental. As famílias que tinham posses mantinham seus familiares isolados em quartos fechados em suas próprias residências. Os desprovidos de recursos financeiros, acometidos de transtornos mentais, muitas vezes vagavam pelas ruas das cidades e eram considerados perigosos em potencial, atentando contra a moral pública, à caridade e à segurança. Muitos eram enclausurados em celas como prisioneiros em alas de hospitais (MACHADO et al., 1978).

Os primeiros registros de intervenção estatal sobre a saúde mental no Brasil, se deram com a vinda da família real portuguesa, pois com o processo de urbanização do país, os “chamados alienados” estariam proibidos de circular livremente pelas cidades e, assim, em 1841, D. Pedro II criou um hospital para doentes mentais. No período da ditadura civil-militar, compreendido entre os anos de 1964 a 1985, houve um grande número de construções e expansões do sistema manicomial, principalmente por interesses financeiros, além da manutenção de grandes manicômios públicos e parceria entre o setor público e hospitais privados (YASUI; BARZAGHI, 2018), com os leitos sem nenhum controle técnico (DELGADO, 2019).

Em abril de 1978, entre as lutas pela redemocratização do país, uma greve, na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) formada pelas unidades Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Camilo, foi o marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entre os motivos da greve, encontra-se registrado no livro de ocorrências do Centro Psiquiátrico Pedro II, o relato de três médicos sobre as irregularidades daquela instituição como, condições precárias de trabalho e violência dos manicômios, ganhando publicidade e

divulgação na mídia nacional. Nasceu, no mesmo ano, no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (YASUI; BARZAGHI, 2018).

Nessa mesma época, influenciados pelas obras de Foucault, Goffman, Castel e Basaglia, surgem em vários países, experiências com propostas de mudanças do modelo assistencial centrado em hospitais psiquiátricos. Trieste, norte da Itália, torna-se referência para o mundo a partir das iniciativas de Franco Basaglia, sendo que a lei da reforma psiquiátrica italiana, de 1978, que previa a abolição dos hospitais psiquiátricos, foi designada com o seu nome (KANTORSKI et al., 2021).

Em 1979, o próprio Basaglia esteve no Brasil, onde após visitas em hospitais de Minas Gerais, denunciou à imprensa brasileira, o que chamou de “campos de concentração nazista”, devido às condições de violações de direitos encontradas. Em 1987, durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, após crescente crítica ao modelo manicomial, foi lançado o Manifesto de Bauru, com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, estabelecendo um marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira (KANTORSKI et al., 2021).

Com o objetivo de aproximação com o Movimento Sanitarista e a Reforma Sanitarista, que culminaria com a criação do SUS, em 1989, o termo Reforma Psiquiátrica foi adotado como estratégia política e social em um importante movimento de mudanças no modelo assistencial no campo da saúde mental (YASUI; BARZAGHI, 2018). A exemplo de outros países, o Brasil encampou essa luta, sendo que a promulgação da Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, foi o marco regulatório da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com mudanças significativas, reduzindo leitos nos hospitais psiquiátricos, criando serviços de saúde mental na comunidade, expandindo a mão de obra na saúde mental e no acesso aos psicofármacos (KANTORSKI et al., 2021).

Para Kantorski et al. (2021):

A Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, apesar de não ter conseguido extinguir todos os leitos nos hospitais psiquiátricos como ocorreu no processo italiano, reduziu significativamente a compra destes, e foi consolidando uma rede diversificada e ampla de serviços de saúde mental que, não sem dificuldades, tem redirecionado a assistência psiquiátrica no país (KANTORSKI et al., 2021, p. 3-4).

Essa redução fica mais visível frente aos dados, pois entre 2006 e 2010 foram fechados 6.832 leitos em hospitais psiquiátricos, com investimento financeiro pelo Governo federal, no ano de 2006, com serviços extra-hospitalares superiores aos gastos com hospitais psiquiátricos, ocorrendo até o ano de 2015 a ampliação do acesso ao cuidado fora do manicômio, investimento e valorização dos

serviços extra-hospitalares. Como resultado, desenhou-se e construiu-se um modelo de atenção centrado no tratamento em liberdade (CAMATTA et al., 2020).

Seguiram-se práticas exitosas nos serviços de saúde e quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, com o fechamento de hospitais psiquiátricos, aumento de ofertas de cuidado comunitário em saúde mental e a implementação de políticas públicas municipais, estaduais e federais. Em 2011, consubstanciou-se, por meio da Portaria n.º 3.088, a RAPS como política pública nacional (KANTORSKI et al., 2021).

Quanto à redução de danos, esta representa uma abordagem de avanços e inovação frente à “guerra às drogas”, que teve seu marco com a Primeira Conferência Internacional do Ópio, em Haia, no ano de 1912. Essa Conferência foi consequência da criação da Comissão do Ópio de Xangai, em 1909, quando diversos países preocupados com o alto índice de consumo de ópio e suas consequências para a saúde dos usuários, se reuniram pela primeira vez (FERRUGEM, 2018). Em 1924, em Genebra, ocorreu a II Conferência Internacional do Ópio, com cerca de quarenta países, cuja discussão foi sobre o uso do ópio e da cocaína. Contudo, os representantes das delegações do Brasil e do Egito propuseram e alcançaram incluir a maconha na pauta de discussão (FELIX, 2021).

Em 1961, a ONU realizou a Convenção Única sobre Entorpecentes, com o objetivo de combate ao abuso de SPA por meio de ações internacionais de duas formas: limitação para uso médico e científico, e combate ao tráfico por meio de cooperação internacional (UNODC, 2021). Esse modelo foi reafirmado pela XX Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU, que ocorreu em 1988 (RYBKA; NASCIMENTO; GUZZO, 2018).

Em outubro de 2005, o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), amparado no Artigo n.º 196, da CF, instituiu a Política Nacional Anti Drogas (PNAD). É afirmado no referido artigo que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Nessa direção, a PNAD reconhecia a estratégia de redução de danos como meio capaz de reduzir os riscos associados ao uso de SPA de forma inter e intrasetorialmente, bem como, medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e de direitos humanos (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019, p. 546).

Para isso, definiram-se como um conjunto de políticas e ações organizadas com o objetivo de reduzir as consequências do uso de SPA sob o ponto de vista sanitário, social e econômico, podendo-

se compreender: “abstinência ou redução do consumo de drogas; prevenção da transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e de outras doenças infectocontagiosas entre usuários de drogas injetáveis; e, o uso de drogas menos danosas em substituição àquelas mais danosas” (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019, p. 546).

Desse modo, enquanto estratégia alternativa aos tratamentos tradicionais, bem como, de forma complementar, a redução de danos busca de forma humanizada atender os portadores de transtornos por uso de substâncias e ajudá-los a repensar suas práticas de uso, priorizando a prevenção de outros agravos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e preservando sua capacidade laboral e de convivência social. Não se descarta totalmente a abstinência, contudo, a redução de danos procura alcançá-la com respeito e dignidade, amparada em determinados valores e princípios:

1. A redução de danos é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral, criminal e de doença pelo uso de drogas e pela dependência química; 2. A redução de danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita e propõe alternativas para reduzir os danos. Ela busca auxiliar na diminuição do consumo das drogas e reduzir os riscos associados até que a abstinência seja atingida; 3. A redução de danos surgiu como uma abordagem de “baixo para cima”, baseada na defesa e nos direitos do dependente, em vez de uma política de “cima para baixo”, promovida pelos formuladores de políticas de drogas; 4. A redução de danos promove acesso a serviços de baixa exigência como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência; 5. A redução de danos baseia-se nos princípios do pragmatismo empático em vez de no idealismo moralista (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019, p. 546).

Contudo, para Delgado (2019), com a Emenda Constitucional (EC) n.º 95/2016, inicia-se o desmonte do SUS com consequências em todas as áreas, inclusive na saúde mental, modificando especialmente a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Entre outras mudanças, realiza-se a alteração dos parâmetros populacionais e a dispensa da obrigatoriedade dos agentes comunitários de saúde nas ESFs, descaracterizando a APS; a ampliação do financiamento dos hospitais psiquiátricos, reajustando o valor das diárias em 60%; a redução do cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a ampliação do financiamento em mais de 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas. Ainda, o hospital psiquiátrico voltou a ser o ponto central da assistência, recomendando o não uso da palavra substitutivo para se referir a qualquer serviço de saúde mental, enquanto que foi restabelecido o hospital-dia vinculado aos hospitais psiquiátricos sem definição de finalidade e sem referência de território, assim como, os ambulatórios de especialidade também sem referência territorial.

Uma série de normativas e ações governamentais, ao nível federal, vem trazendo profundos impactos a essa política pública, e vem sendo nominadas de Nova Política de Saúde Mental e Nova Política Nacional sobre Drogas. Seguiu-se, por exemplo, a Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017) e a Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019a). A primeira definiu ações como a ambulatorialização do cuidado como atenção secundária, aumento do aporte financeiro para comunidades terapêuticas, a criação de “mini-hospícios” em hospitais gerais, a possibilidade de ampliação de até 20% de leitos para leitos psiquiátricos e a remanicomialização da saúde mental com reajuste das diárias em hospitais psiquiátricos em uma média de 65%. Ao mesmo tempo, desde 2011, já não vinha ocorrendo aumento de repasses financeiros para os CAPS, causando precarização e/ou extinção de muitos desses importantes equipamentos de saúde na RAPS, os quais se pautam em base territorial e em integração com a APS (GUIMARÃES; ROSA, 2019). A segunda Portaria, por sua vez, criou o “Programa Previne Brasil” que, acompanhando as mudanças da PNAB, extinguiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Desde 2008, as equipes do NASF desempenhavam apoio à ESF no território com profissionais de diversas áreas da saúde, como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros.

Ainda em 2019, foi aprovado também o Decreto n.º 9.761, de 11 de abril de 2019 (BRASIL, 2019b), que excluiu a redução de danos da PNAD, revelando-se um marco de retrocesso em toda a luta da reforma psiquiátrica até então nessa temática, introduzindo novamente o fortalecimento manicomial, que viabiliza e estimula internamentos involuntários.

Recentemente, em 31 de março de 2022, o Ministério da Cidadania lançou um edital para financiamento de projetos, de até R\$ 300.000,00, para apoiar organizações que realizem, em ambiente de hospital psiquiátrico, o cuidado e o tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas (BRASIL, 2022). Segundo nota pública em site governamental:

Antigas políticas ideológicas causaram desassistência aos pacientes com transtornos mentais e dependência química, aumentando as taxas de suicídio, expansão de cracolândias e encarceramento dessas pessoas. A Nova Política Nacional de Saúde Mental, publicada em 2017, e a Nova Política Nacional sobre Drogas, em 2019, resgataram os hospitais psiquiátricos como serviços constituintes das redes de tratamento, destaca o secretário nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, Quirino, Cordeiro. “Esse edital é mais uma oportunidade para o fortalecimento desses equipamentos tão importantes no tratamento das pessoas com problemas decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas”, completa. “Os hospitais psiquiátricos figuram como mais uma alternativa no tratamento e na recuperação de dependentes químicos, integrando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), estando inseridos no Programa Rede de Suporte Social ao Dependente Químico, no eixo de Cuidados – Tratamento,

acolhimento, recuperação e apoio ao dependente químico e seus familiares”, explica a diretora nacional de Prevenção, Cuidados e Reinserção social, Cláudia Leite (BRASIL, 2022, p. 1).

Constata-se o uso e manutenção da RAPS no discurso oficial, contudo, com outra lógica de atendimento, centrada na institucionalização e exclusão social em hospitais psiquiátricos, em ação contrária ao proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tal ação gerou um movimento de crítica, a exemplo da Nota Conjunta de instituições e segmentos em defesa da Reforma Psiquiátrica, especialmente, reiterando que os instrumentos de gestão do SUS são constituídos na lógica de organização de RAS em seus territórios, sendo os gestores de saúde os responsáveis sanitários pela organização e perenização do sistema. A solicitação foi no sentido de cancelamento do referido edital, reafirmando-se que as discussões sobre a saúde mental devem seguir o rito das instâncias técnicas e políticas do SUS, em âmbito do Ministério da Saúde (CONASEMS, 2022).

Assim, em meio a ações e discursos contemporâneos, com esse conjunto de normativas, está-se alterando a lógica do modelo de atenção em saúde mental no Brasil, de um modelo centrado no tratamento em liberdade, na redução de danos e na autonomia dos indivíduos para um modelo manicomial, de abstinência e de controle sobre os indivíduos. As mudanças na institucionalidade interna da política pública geram retrocessos rumo a um modelo assistencial já superado teórica e praticamente, frente ao que se entende como oportunas e necessárias pesquisas em defesa da APS como espaço territorial central da RAPS e do desenvolvimento e aplicação de tecnologias de cuidado voltadas à retomada dos princípios e atitudes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO PONTO DE ATENÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL

A APS é geralmente o primeiro acesso dos usuários do SUS, inclusive das pessoas que demandam cuidados em saúde mental, pois nesse ponto de atenção, os usuários são conhecidos dos profissionais de saúde pelo fato de conviverem num espaço geográfico determinado, possibilitando criar vínculo comunitário. Nesse sentido, a PNAB, onde se encontra a APS, busca na construção da atenção integral:

A Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de Saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, assim como

as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais; ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de Saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2013, p. 19-20).

Assim, a APS é o espaço de referência e contrarreferência para a atenção secundária e terciária, com o qual indivíduo sempre deve continuar vinculado. Essa dinâmica e fluxo assistencial favorece o tratamento em liberdade, pois garante a integralidade e a longitudinalidade, uma vez que a pessoa, ao se sentir vinculada a um serviço e aos profissionais, se sente valorizada e não excluída.

Considerando a integralidade em saúde mental, é preciso refletir sobre algumas premissas básicas, como: 1) a liberdade em negação ao isolamento, preferindo tratar o indivíduo no convívio social; 2) cuidado pautado na integralidade em negação à seleção, uma vez que as diversas dimensões da vida devem ser observadas e não somente a doença; 3) enfrentamento do problema e do risco social, em vez de uma busca de cura, baseada no modelo nosológico, o sofrimento mental e o risco social em relação ao diagnóstico; 4) conceito de direito sobre a noção de reparo, onde o indivíduo adquire autonomia sobre o tratamento em contraposição da escolha pelo profissional; 5) respeito à singularidade de cada indivíduo para alcançar a autonomia dentro de suas particularidades; e, 6) disponibilidade e comprometimento dos profissionais em acompanhar os indivíduos em suas trajetórias (PINHEIRO; TORRENTE, 2020).

Respeitando a complexidade de cuidado, as pessoas com sofrimentos e/ou transtornos mentais, inclusive os decorrentes do uso de SPA, devem ser atendidas e acolhidas na APS como qualquer outra condição crônica de saúde. Entre tantos benefícios, pode-se destacar o cuidado no próprio território, onde há proximidade de seus familiares e da comunidade onde residem e desempenham suas atividades diárias; e, a eliminação dos riscos de violações dos direitos humanos, que podem ocorrer nos hospitais psiquiátricos.

Isto posto, a APS é um espaço estratégico para aplicação da IB, que tem se mostrado efetiva para a redução do consumo de risco de substâncias psicoativas (ABREU et al., 2018). E, enquanto tecnologia de cuidado implantada na APS, tem o potencial para contribuir com a redução do consumo de risco, diminuindo as chances do surgimento da Dependência Química. Nessa direção, é primordial o fortalecimento da APS no enfrentamento dessa temática, assim como uma forte articulação com os pontos secundários e terciários da RAPS, e o reconhecimento, e identificação do perfil da população adstrita à APS, para o planejamento de ações integradas em redes de cuidado, tanto de promoção e prevenção quanto de tratamento e recuperação.

Quanto à IB em si, trata-se de uma estratégia terapêutica que tem sido utilizada de forma crescente na abordagem de pessoas portadoras de transtornos por uso de substâncias, principalmente na APS, pois se caracteriza pelo baixo custo financeiro de implementação e manutenção, bem como, pela efetividade constatada por estudos. Ainda, ela pode ser aplicada por diversos profissionais que atuam na APS, como Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Enfermeiros, Médicos, entre outros. É uma técnica para a diminuição dos problemas associados ao uso de SPA, onde um dos principais objetivos é levar o portador de transtornos relacionados ao uso de substâncias a identificar o problema e motivar a decisão pela diminuição ou cessação do uso de SPA em parceria com o profissional de saúde (BRASIL, 2013).

Para compreender a IB e a forma como aplicá-la, é crucial entender o uso de SPA, envolvendo sua historicidade, formas de uso, ação no Sistema Nervoso Central (SNC), uso e dependência química e as formas de tratamento. E, é de extrema importância a apropriação e o uso de instrumentos de triagem e estratificação de risco para que os profissionais envolvidos tenham capacidade e segurança na aplicação da técnica. Portanto, a EPS se faz necessária para que os envolvidos no atendimento tenham qualificação contínua (SOARES; VARGAS, 2019).

A IB é realizada por meio de algumas etapas sucessivas, envolvendo orientação, aconselhamento e, até mesmo, observações periódicas no sentido de avaliar as metas assumidas pelo portador de transtornos por uso de substâncias (ZERBETTO; FURINO; OLIVEIRA FURINO, 2017). Essa técnica pode ocorrer até mesmo em um atendimento de rotina, quando o profissional suspeitar da relação da queixa com a possibilidade do uso de SPA, sendo que a IB é indicada para pessoas que “fazem uso abusivo de SPA e não desenvolveram dependência química” (BRASIL, 2013, p. 94).

A IB está relacionada à prevenção secundária, que difere da prevenção primária, onde a abordagem se dá junto à população que não teve nenhum contato com SPA e se busca impedir ou atrasar o consumo. Antes, esta tem por objetivo identificar o problema e motivar o portador de transtornos por uso de substâncias à mudança de comportamento, sugerindo estratégias necessárias para a concretização, seja para prevenir ou reduzir o consumo, ou as consequências a ele associadas (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017b, p. 15).

Para Marques e Furtado (2004), a IB tem por objetivo primeiro, detectar o problema e motivar o portador de transtorno por uso de substâncias a atingir determinadas metas, como, iniciar um tratamento ou melhorar o conhecimento das consequências quanto ao uso de SPA, promovendo o autocuidado.

A primeira atividade a ser realizada é a triagem, que pode ser feita com os instrumentos AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test - Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool) ou ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – Dar Assistência). O ASSIST é mais abrangente e coleta informações como o uso na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso de substâncias e decorrentes do uso, indícios de dependência e uso de drogas injetáveis. São oito questões que, ao final, o profissional da APS poderá indicar a intervenção breve ou encaminhar para serviços de saúde secundários ou terciários (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017a, p. 33).

Para Micheli, Formigoni e Carneiro (2017b, p.16-20), os princípios da IB são conhecidos pela sigla FRAMES (enquadramento): “Feedback (devolutiva ou retorno), Responsibility (responsabilidade), Advice (aconselhamento), Menu of Option (menu de opções), Empathy (empatia) e Self-efficacy (autoeficácia)”. Os passos da IB são: 1º passo F (feedback) Devolutiva, em que, após a triagem, o portador de TUS recebe um retorno da avaliação sobre seu padrão de consumo e os riscos associados e é convidado a receber IB ou encaminhado para outros serviços; 2º passo R (responsibility) Responsabilidade e Metas, quando o profissional de saúde auxilia o portador de TUS a escolher as metas a serem atingidas para redução ou abstinência do uso de SPA; 3º passo A (advice) Aconselhamento, no qual deve ser oferecido material informativo sobre o uso de SPA, além de orientações sobre problemas futuros caso continue com o uso e as vantagens esperadas com a mudança de comportamento; 4º passo M (menu of options) Menu de Opções, quando o profissional deve ajudar no desenvolvimento de habilidades e estratégias para enfrentar as situações identificadas, onde há riscos para atingir as metas estipuladas; 5º passo E (empathy) Empatia, que serve para acolher e expressar que o profissional entende as dificuldades de mudanças demonstrando e que está disposto a ouvi-lo; e, 6º passo S (Self-efficacy) Autoeficácia, que objetiva intensificar a motivação para o processo de mudança, auxiliando o portador de transtornos por uso de substâncias a ponderar ganhos e perdas relacionados ao uso de SPA, reforçando os aspectos positivos.

Considerando tais passos e o vínculo estabelecido entre os profissionais e os indivíduos atendidos, a APS constitui o espaço estratégico para a detecção precoce de transtornos por uso de substâncias, pois pode contribuir para que usuários de risco de substâncias psicoativas possam receber os cuidados necessários antes que evoluam para a dependência química. Para isso, a capacidade de escuta do profissional de saúde é fundamental para identificar os problemas associados e sugerir uma intervenção imediata, além do uso de tecnologias relacionais, como a IB (BRASIL, 2013).

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral: Construir uma capacitação sobre IB como estratégia de cuidado em saúde mental ao nível da APS.

Objetivos específicos:

1. Elaborar e aplicar a capacitação sobre IB com os profissionais da APS;
2. Avaliar a capacitação sobre IB na APS;
3. Estruturar material didático de apoio à capacitação sobre IB na APS.

4 JUSTIFICATIVA

A realização do presente projeto justifica-se pela dificuldade de acesso, desestruturação da RAPS, dificuldade por parte da população e dos profissionais de saúde em entender o fenômeno do uso de SPA; e ainda, com base no alto consumo de drogas na atualidade, levando a índices epidêmicos, agravados pelo contexto da pandemia Covid-19.

Também, considera-se que a implantação da IB nas UBSs poderá trazer muitos benefícios para a população, visto que é uma tecnologia leve de cuidado, pois permite, mediante o encontro trabalhador-indivíduo, a construção de um processo relacional micropolítico e a produção de vínculos, onde o profissional se abre ao outro com seu raciocínio clínico e o indivíduo tem possibilidades de desenvolver a capacidade de assumir a responsabilidade por suas escolhas (MERY et al., 2016).

A implantação da IB na APS se apresenta como possibilidade para alcançar a redução de danos e/ou abstinência no uso de substâncias psicoativas, enquanto alternativa segura e eficiente, vindo ao encontro às necessidades da população. Aprimora-se o trabalho na área da saúde mental pautado na redução de danos e na contramão do atual desmonte da política pública. Mediante o uso da EPS, propõe-se o desenvolvimento de uma proposta pedagógica sobre a IB junto às ESF, especialmente, no sentido de qualificar os municípios que não dispõem de outros recursos ou pontos de atenção da RAPS, senão a APS.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo não experimental, do tipo não experimental do tipo descritivo e exploratório. A pesquisa não experimental dispõe de duas variantes: uma transversal, que se aplica na presente investigação, onde o principal objetivo é coletar dados de forma descritiva, exploratória ou correlacional; e, longitudinal, cuja característica é analisar um fenômeno ao longo do tempo com caráter explicativo (DO NASCIMENTO; CAVALCANTE, 2018).

A pesquisa descritivo-exploratória objetiva descrever um determinado fenômeno (MARCONI; LAKATOS, 2003), em que é primeiramente realizada uma aproximação do tema, a fim de criar maior familiaridade com o fenômeno/processo, o que é caracterizado como exploração. Após, é realizado um arrolamento das características que compõem o fenômeno/processo, geralmente desenvolvido por meio de levantamentos e observações sistemáticas, o que caracteriza a descrição.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

A pesquisa foi desenvolvida em âmbito da 19.^a RS do estado do Paraná, que envolve 22 municípios, cuja sede administrativa está localizada no município de Jacarezinho. A responsabilização sanitária dos municípios atende ao critério de regionalização do SUS, que organiza a distribuição e responsabilidades dos serviços no território nacional. A 19.^a RS compõe o conjunto de 22 Regionais de Saúde de acordo com a subdivisão da SESA, sendo que a Figura 1 apresenta a distribuição geográfica dos municípios sob sua área de abrangência.

Figura 1 - Distribuição geográfica dos 22 municípios pertencentes à 19.^a Regional de Saúde do Estado do Paraná, Jacarezinho, 2022.



Fonte: SESA (2022).

Jacarezinho é um município do Norte Pioneiro com área territorial de 602,528 km², segundo o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES, 2022). Localizado geograficamente em um ponto estratégico, com ligação rodoviária com as mais importantes cidades do Paraná e São Paulo, fica equidistante de Curitiba e da capital paulista, em torno de 400 km. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada, em 2020, era de 39.322 habitantes, com densidade demográfica de 64,93 hab./km².

Considerando-se a RAPS, o município de Jacarezinho destaca-se por sediar o Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) Regional, criado em 2016, um dos pontos de atenção da

rede de saúde mental e que é referência para todos os municípios da 19.^a RS. O CAPS AD representa um nível de atenção de complexidade secundária na rede e atende indivíduos portadores de transtornos por uso de substâncias. E, enquanto ponto de atenção ao nível da atenção primária, todos os municípios da Regional de Saúde dispõem de UBS, serviços nos quais a IB pode representar uma tecnologia de cuidado pertinente e acessível.

Para fins de desenvolvimento da presente pesquisa, o ponto de atenção escolhido, igualmente localizado em Jacarezinho-PR, foi a UBS/ESF de um Bairro específico, doravante denominado Bairro Alcântara, em garantia ao anonimato da equipe. Esse bairro foi eleito por estar localizado distante da sede do município 20 km e estar no entroncamento de duas rodovias federais, as Br. 153 e 369, que marcam a divisa dos Estados do Paraná com São Paulo; pelo porte populacional, em torno de 2.100 habitantes; por encaminhar indivíduos portadores de transtornos por uso de substâncias ao CAPS AD; e, pela disponibilidade da equipe em participar da pesquisa (JACAREZINHO, 2022).

5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

A população de estudo foi composta pelos profissionais da equipe de ESF escolhida, originalmente composta por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de odontologia, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e psicólogo. Os critérios de inclusão dos participantes foram: a equipe encaminhar indivíduos portadores de transtornos por uso de substâncias ao CAPS-AD e o profissional aceitar participar da pesquisa. O critério de exclusão foi: o profissional não estar presente nos momentos da capacitação sobre a IB na APS.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada de abril a dezembro de 2021 e envolveu dois momentos: um de construção do programa de capacitação sobre IB na APS e o outro de sua aplicação junto à equipe de ESF.

O **momento um**, nos meses de abril a outubro, pode ser caracterizado pela definição dos aspectos teórico-metodológicos da capacitação, a construção de material didático de apoio à formação e a elaboração de um instrumento de avaliação da capacitação. Quanto aos **aspectos teórico-metodológicos** propostos para cada encontro da capacitação, em um total de quatro, o Quadro 1 apresenta uma breve descrição de alguns de seus elementos.

Quadro 1 – Aspectos teórico-metodológicos da capacitação sobre a Intervenção Breve como estratégia de cuidado em saúde mental na Atenção Primária em Saúde Jacarezinho, 2022.

1.º ENCONTRO	
Título	Exposição sobre o uso de substâncias psicoativas: historicidade, formas de uso, ação no sistema nervoso central, uso e dependência química, formas de tratamento.
Resumo	A proposta deste tema tem por objetivo fazer com que os profissionais tenham conhecimento sobre o uso de substâncias psicoativas desde a antiguidade; tipos de substâncias; formas de uso; ação no sistema nervoso central: depressoras, estimulantes e alucinógenas; principais neurotransmissores envolvidos; uso, tolerância, sensibilização e dependência química; e, formas de tratamento, com ênfase na redução de danos.
Conceitos-chave	Substâncias Psicoativas; Transtorno por Uso de Substâncias; Tratamento; Redução de Danos.
Objetivos pedagógicos	- Conhecer a história do uso de substâncias psicoativas pela humanidade. - Entender o processo de desenvolvimento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. - Conhecer as formas de tratamento, destacando a redução de danos como garantia do tratamento em liberdade.
Descrição do encontro	Momento 1: No primeiro momento, o facilitador abordará o uso de substâncias psicoativas e suas consequências. A problemática social envolvendo as diversas áreas como: educação, justiça, saúde, entre outras. Momento 2: Na segunda etapa adentraremos na discussão sobre a problemática do uso de substâncias psicoativas e suas implicações na localidade da Unidade Básica de Saúde.
Metodologia e recursos	Metodologia: exposição dialogada. Recursos Materiais: manual de capacitação; projetor multimídia.
Avaliação	A avaliação neste Encontro será formativa, durante a realização das atividades. Será levada em consideração a participação individual de cada profissional, assim como se dá sua interação com os componentes do grupo e no momento da discussão geral. Além de avaliar as capacidades de conhecimento do tema, será avaliado as capacidades socioemocionais, como saber trabalhar em equipe, ter visão sistêmica, demonstrar capacidade de análise, demonstrar colaboração em atividade de equipe.
2º ENCONTRO	
Título	ASSIST: metodologia e formas de aplicação. Teoria e prática. Entrevista Motivacional. Teoria e prática.
Resumo	Neste encontro será apresentado o instrumento de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias - ASSIST. Também será abordada a técnica da Entrevista Motivacional.
Conceitos-chave	ASSIST; Entrevista Motivacional.
Objetivos pedagógicos	- Conhecer o instrumento de triagem ASSIST e como aplicá-lo. - Aprender a técnica da Entrevista Motivacional e como aplicá-la.
Descrição do encontro	Momento 1: No primeiro momento, serão apresentados o ASSIST e as técnicas da Entrevista Motivacional. Momento 2: No segundo momento os participantes serão separados em duplas para exercitarem a metodologia da triagem.
Metodologia e recursos	Metodologia: exposição dialogada. Recursos Materiais: manual de capacitação; projetor multimídia; formulários.
Avaliação	A avaliação neste encontro será de forma verbal pelos participantes, quando cada um pode relatar as facilidades e dificuldades da aplicação da técnica.

3.º ENCONTRO	
Título	Intervenção Breve: história, teoria e formas de aplicação. Teoria e prática.
Resumo	Neste encontro será apresentada a técnica de Intervenção Breve como forma de tratamento e como aplicá-la.
Conceitos-chave	Intervenção Breve
Objetivos pedagógicos	- Conhecer os princípios da Intervenção Breve: FRAMES (enquadramento): Feedback (devolutiva ou retorno), Responsibility (responsabilidade), Advice (aconselhamento), Menu of Option (menu de opções), Empathy (empatia) e Self-efficacy (autoeficácia). - Aplicação prática da Intervenção Breve.
Descrição do encontro	Momento 1: No primeiro momento, serão apresentados a história, a teoria e os princípios da Intervenção Breve e como realizá-la. Momento 2: No segundo momento os participantes serão separados em duplas para exercitarem a metodologia da aplicação da Intervenção Breve.
Metodologia e recursos	Metodologia: exposição dialogada. Recursos Materiais: manual de capacitação; projetor multimídia; formulários.
Avaliação	A avaliação neste encontro será de forma verbal pelos participantes, quando cada um pode relatar as facilidades e dificuldades da aplicação da técnica.
4.º ENCONTRO	
Título	Avaliação da Capacitação de Intervenção Breve na Atenção Primária à Saúde.
Resumo	Por meio de uma roda de conversa, os participantes irão expor a experiência da participação na capacitação e aplicação prática da Intervenção Breve.
Conceitos-chave	Avaliação; Intervenção Breve.
Objetivos pedagógicos	- Avaliar o tempo, conteúdo, metodologia e aplicação prática da Intervenção Breve na Atenção Primária à Saúde.
Descrição do encontro	Momento 1: No primeiro momento, os participantes irão expor a experiência da aplicação da Intervenção Breve, com troca de saberes e vivências, tecendo apontamentos sobre a capacitação em si. Momento 2: No segundo momento, os participantes responderão ao instrumento de avaliação do programa de capacitação sobre IB na APS, em formato impresso.
Metodologia e recursos	Metodologia: instrumento impresso de avaliação e exposição dialogada.
Avaliação	A avaliação neste encontro será a exposição verbal de cada participante, seguida da sistematização e análise das respostas do instrumento de avaliação proposto.

Fonte: O autor (2022).

O programa de capacitação está pautado em pressupostos de metodologia ativa, a partir dos quais o professor ou instrutor exerce a função de facilitador do processo de aprendizagem, por meio dos princípios da pedagogia crítica, interativa e reflexiva (BELFOR et al., 2017). É importante que se preveja um local adequado, de fácil acesso, amplo e com ambientação adequada à capacitação, além do provisionamento de recursos tecnológicos e didáticos necessários. Para a presente pesquisa, foram previstos quatro encontros, com três horas de duração cada um, e com periodicidade semanal, de modo a dar a oportunidade aos participantes para revisar os conteúdos teóricos aprendidos e, aplicá-los nos cotidianos dos serviços.

Para subsidiar o processo de aprendizado técnico-científico, e enquanto um produto técnico igualmente importante da pesquisa, foi construído o **Manual sobre a Intervenção Breve na Atenção Primária à Saúde**, devidamente apresentado no Apêndice A. Esse Manual foi organizado a partir da revisão de literatura com os principais conteúdos sobre o tema, destacando-se: aspectos históricos e antropológicos do uso de drogas; definição de droga; classificação quanto à farmacologia; o usuário de drogas; como as drogas interagem com o cérebro; tolerância, sensibilização e craving; dependência; classificação CID-10 dos transtornos mentais e comportamentais do uso de substâncias psicoativas; triagem para a detecção do uso de drogas; intervenção breve; e, entrevista motivacional.

E, ainda, considerando-se importante proceder à avaliação da capacitação junto aos participantes, estruturou-se um **instrumento de avaliação** para esse fim, exposto no Apêndice B, e que foi aplicado no último encontro. O formato desse instrumento é muito simples, com algumas informações de perfil sociodemográfico dos participantes e quatro questões abertas, enfocando avaliação do tempo dispensado, dos conteúdos abordados, da metodologia aplicada e da aplicação prática da IB junto aos indivíduos dependentes químicos atendidos no serviço durante a capacitação.

O **momento dois** da coleta de dados envolveu a aplicação da capacitação nos meses de novembro a dezembro de 2021, mais especificamente nos dias 08, 22, 29/11 e 20/12. Seguindo-se o programa proposto (Quadro 1), a capacitação ocorreu em quatro encontros, cada qual com a duração em torno de três horas, em um ambiente devidamente preparado para essa finalidade na própria UBS de origem da ESF, em horário adequado aos participantes. Antes do início da atividade no primeiro encontro, cada participante recebeu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no Apêndice C. Cada participante também recebeu cópia impressa do Manual didático da capacitação.

A capacitação foi realizada pautada em metodologias ativas, com ênfase na vivência prática da equipe na aplicação da IB durante o processo de aprendizagem. Os conteúdos e a metodologia propostos foram cumpridos para cada encontro e, a partir de anotações do pesquisador em um diário de campo, foi possível destacar algumas características de cada um. No primeiro, houve muitas trocas de experiências e vários questionamentos em relação ao conteúdo, explicitando o interesse dos participantes e a necessidade de continuidade para o próximo encontro. No segundo, deu-se continuidade aos assuntos abordados no encontro anterior, além dos conteúdos previstos para aquele dia, estabelecendo-se muitos diálogos referentes às experiências daquela semana ante o tema, valorizadas pelas atividades de sala realizadas em duplas. No terceiro, repetindo o exercício prático em duplas, foi possível sanar muitas dúvidas sobre a IB. E, no quarto encontro, uma roda de conversa evidenciou relatos significativos das experiências em relação ao aprendizado do conteúdo e às

abordagens realizadas com indivíduos portadores de transtornos por uso de substâncias durante os processos de trabalho ocorridos no período da capacitação, seguido da aplicação do instrumento de avaliação da capacitação. O instrumento foi entregue de forma impressa, sendo respondido individualmente por cada participante.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram analisados considerando-se o objetivo proposto para a pesquisa. No caso, os materiais teóricos produzidos a partir de revisão de literatura, se foram adequados ou não à capacitação da IB na APS. E, os dados oriundos do instrumento de avaliação, foram sistematizados, agrupados por semelhança nas respostas e analisados frente à operacionalização da capacitação em si e ao atual contexto brasileiro da política nacional de saúde mental, sendo apresentados no capítulo de resultados, a seguir.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Com respeito aos princípios éticos, a pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012). Para tanto, o projeto foi submetido ao COPEP da Universidade Estadual de Maringá (UEM), após ter sido submetido à aprovação dos respectivos órgãos envolvidos. Seguem, nos Anexos A e B, respectivamente, os ofícios de aceite dos órgãos e o Parecer Consubstanciado de aprovação do COPEP, sob número 4.594.554, de 16 de março de 2021.

6 RESULTADOS

A capacitação da ESF ocorreu com a participação de 11 profissionais, incluindo 1 Auxiliar de Odontologia, 2 Auxiliares de Enfermagem, 3 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Auxiliar Administrativo, 1 Enfermeira, 1 Médica, 1 Odontóloga e 1 Psicóloga.

Quanto à caracterização do grupo, 81,81% (9) foram mulheres e 18,18% (2) homens. Em relação ao grau de escolaridade, 45,45% (05) das mulheres e 9,09% dos homens referiram possuir nível superior, enquanto que 36,36% (04) das mulheres e 9,09% (01) dos homens apresentavam ensino médio. Sobre a etnia, 63,63% (07) das mulheres se autodeclararam brancas, 9,09% (01) pretas e 9,09% (01) pardas, enquanto que todos os homens se auto declararam brancos.

Por ocasião do último encontro da capacitação, foi aplicado o instrumento de avaliação, de acordo com o Apêndice 2. Foram quatro questões abertas quanto à capacitação em si, cujas respostas foram agrupadas, respectivamente, conforme segue.

Questão 1, quanto ao **tempo** dispensado à capacitação: “tempo valioso de muito aprendizado” (T 1); “bom” (T 2, T6); “ótimo” (T 3, T 7, T8); “muito produtivo e aprendizagem sobre o assunto” (T 4); “muito produtivo, através de conhecimentos” (T 10); “muito produtivo” (T 11); “muito proveitoso” (T 5); “muito enriquecedor” (T 9).

Questão 2, quanto aos **conteúdos** trabalhados: “bem compreendido, enriquecedor” (T 1); “produtivos” (T 2); “foram bons” (T 3); “muito bom” (T 5, T 9); “bom” (T 6); “bom, de fácil entendimento” (T 11); “melhor aprendizagem e conhecimento sobre” (T 4); “ótimo” (T 7, T 8); “esclarecedora” (T 10).

Questão 3, quanto à **metodologia** utilizada: “muito fácil de ser compreendido” (T 1); “de fácil compreensão” (T 9); “ótimo, conteúdo de fácil interpretação” (T 2); “ótimo” (T 3, T 7, T 8); “os estudos feitos são benéficos e fáceis de aplicar” (T 4); “muito proveitoso, muito esclarecedor” (T 5); “esclarecedora” (T 10); “bom” (T 6); “bom, explanou bem sobre o assunto” (T 11).

Questão 4, quanto à **aplicação** prática da IB junto a indivíduos dependentes químicos atendidos no serviço durante a capacitação: não responderam (T 6, T 10); “não tive oportunidade de executar” (T 1, T 9); “não tive tempo para aplicar a proposta” (T 3, T 7); “não apliquei na prática até o momento” (T 4, T 8); “boa, pois através de uma conversa, conseguimos avaliar o grau de dependência do paciente” (T 2); “apliquei o ASSIST, foi de fácil aplicação, porém não apliquei a IB, pois não tive tempo” (T 5); “considero eficaz, traz consciência ao paciente sobre suas escolhas e consequências, promove ações imediatas para auxiliar em seu tratamento” (T 11).

A seguir, seguem apontamentos de discussão despertados pela pesquisa.

7 DISCUSSÃO

O principal objetivo do uso da IB na APS é proporcionar a participação do portador de transtornos por uso de substâncias na criação de seu plano de cuidado, uma vez que este plano deve ser individualizado, respeitadas as diferenças, a diversidade e as necessidades individuais de cada um, proporcionando autonomia ao indivíduo na tomada de decisão (CAMATTA et al., 2020). Espera-se, com ela, prevenir ou reduzir o consumo, ou as consequências a ele associadas (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017b, p. 15), garantindo o tratamento em liberdade, isto é, no próprio contexto social do indivíduo. Pesquisa realizada por Silva e Tucci (2015), entre estudantes universitários brasileiros, sobre o uso do álcool, apresentou que após a IB, houve redução em todos os níveis de uso do álcool, sendo que após um ano da intervenção, metade dos estudantes apresentavam consumo classificado de baixo risco.

Quanto aos resultados da presente pesquisa, os profissionais participaram ativamente dos encontros realizados, apresentando suas experiências e, repetidamente, afirmando que a intervenção breve pode ser uma alternativa de tratamento viável para os portadores de transtornos por uso de substâncias considerando-se a realidade local. Também houve manifestações contundentes contrárias ao internamento, destacando-se que hospital psiquiátrico “não resolve”. Nesse sentido, vislumbrou-se que a IB, como prática de redução de danos, pode ser uma garantia do tratamento humanizado e em liberdade, além da desmitificação quanto à abstinência total como única ou principal alternativa para os portadores de transtornos por uso de substâncias.

De acordo com Guljor (2022), o cuidado em liberdade pressupõe o direito à cidade, o qual implica na oferta de serviços de portas abertas e próximos à residência das pessoas, no caso as UBS. Nesses serviços, o acolhimento por equipe multiprofissional, apta a abordar e acompanhar o indivíduo em sofrimento psíquico ou em uso de SPA, garante a este o direito à comunicação, visita de familiar e a interlocução contínua com o seu território. Todas essas características são opostas à lógica da institucionalização, seja ela em hospitais psiquiátricos ou em comunidades terapêuticas, que tendem a gerar a quebra de laços familiares, reinternações frequentes e/ou a condição de asilado de longa permanência, além de, muitas vezes, não alcançar a abstinência do uso de SPA tida como alvo principal desse modelo de assistência.

Para a médica psiquiatra (GULJOR, 2022), o atual contexto do país na política de saúde mental, já mencionado em capítulo anterior, evoca inúmeros desafios e debates à frente, especialmente, ante a reivindicação da realização da V Conferência Nacional de Saúde Mental, prevista e preparada para ocorrer em 2022, com as conferências municipais e estaduais já realizadas,

contudo, recentemente anunciada como adiada para 2023 por ausência de garantia de recursos financeiros do Ministério da Saúde (CNS, 2022). Alguns desses desafios dizem respeito à garantia do progressivo fechamento dos hospitais psiquiátricos, à revitalização do programa nacional de avaliação hospitalar, à criação de comissões para avaliação de internações involuntárias, à problematização sobre brechas jurídicas sobre internações compulsórias ou de indivíduos em conflito com a lei, entre outros. E, enquanto necessidades prementes, cita a garantia do financiamento para a RAPS, com a coparticipação de estados e municípios, mas prioritariamente com políticas de indução do governo federal, a reafirmação da estratégia de redução de danos com sua real implementação e o aprimoramento de outras ações, como estratégias de moradias, estratégias de baixa exigência, de consultórios na rua e leitos em hospitais gerais, por exemplo. Ou seja, a garantia de estruturação de uma rede de cuidado em liberdade, em uma sociedade sem manicômios (GULJOR, 2022).

Pelo exposto, trata-se de um incontestável conflito entre a rede de serviços estruturada nas últimas décadas no campo da saúde mental, pautada e apoiada pelo anseio de profissionais, indivíduos e familiares, e as políticas indutoras ao nível do governo federal. As diferenças regionais em um país das dimensões do Brasil fizeram com que a implantação da RAPS e os resultados alcançados não fossem semelhantes e constantes em cada região ou mesmo município. Mas, certamente, permitiram avanços e melhorias frente ao modelo anterior, com necessidades de aprimoramento, algumas exemplificadas na maior articulação entre os pontos de atenção e as práticas profissionais. Esse aspecto pode ser observado, por exemplo, a partir de um amplo processo de EPS desenvolvido ao nível estadual na área da saúde mental e que, tendo em vista o fortalecimento da APS na RAPS, buscava qualificar os profissionais dos serviços, aliados aos gestores municipais e estaduais, para implantar estratégias de acolhimento como a estratificação de risco em saúde mental e a definição de um plano terapêutico (PARANÁ, 2014).

E, é justamente sobre essa rede de cuidado, cujos pontos de atenção encontram-se definidos em lei (Portaria MS 3.088/11), é que ficou evidenciado pelos participantes, durante os encontros desta pesquisa, a falta de comunicação entre a atenção primária, secundária e terciária, o que acontecia em diversas situações no cotidiano do trabalho. Muitas vezes, o indivíduo era encaminhado pela APS para o CAPS AD, enquanto ponto de atenção secundária, e não se tinha mais notícias dele. Outras vezes, também, o portador de transtornos por uso de substâncias acabou sendo internado involuntariamente no hospital psiquiátrico e a APS não teve conhecimento do fato, pois a família recorreu ao Poder Judiciário. Uma vez que a central de regulação de leitos está lotada na Secretaria Municipal de Saúde, a equipe da ESF não detinha o conhecimento tanto do internamento quanto do retorno ao domicílio, caso isso não fosse comunicado diretamente pelo indivíduo ou familiar.

São essas situações, portanto, que emergem da realidade dos serviços de saúde e que corroboram com os desafios citados por Guljor (2022), explicitando as fragilidades da RAPS, especialmente, no tocante à articulação e comunicação entre os pontos de atenção. Esses já se constituíam em pontos de debates e capacitações que, via EPS, no próprio decurso do trabalho, buscavam refletir sobre as práticas e os processos, entre os pares e com a comunidade, de modo a gerar mudanças individuais, coletivas e institucionais, conforme preconizado (PARANÁ, 2014; BRASIL, 2014). E, é nessa perspectiva, que se acredita que capacitar as equipes da APS sobre a IB pode trazer contribuições importantes, estreitando os vínculos e a comunicação dos indivíduos com a equipe, de modo a viabilizar a integralidade e longitudinalidade do cuidado da APS, em simultâneo, em que se aprimoram os arranjos institucionais entre os pontos de atenção da RAPS.

É importante salientar que, segundo Ferrugem (2018), os indivíduos que usam de SPA nem sempre desenvolvem dependência química, uma vez que esse consumo pode representar um comportamento e não necessariamente doença, com usos esporádicos ou recreativos, e episódios de maior ou menor intensidade. A OMS já considerou que o abuso de drogas não pode ser definido apenas em função da quantidade e frequência de uso. Micheli, Formigoni e Carneiro (2017) reiteram que uma pessoa somente será considerada dependente se o seu padrão de uso resultar em, pelo menos três de vários sintomas ou sinais, ao longo dos últimos doze meses, conforme já citado anteriormente.

Por isso, é importante que os profissionais estejam aptos a identificar precocemente uma condição de ou um alto risco para dependência química, bem como aptos a desenvolver uma abordagem centrada na linha da Redução de Danos, sempre que for o caso. A IB não demanda o uso de recursos tecnológicos complexos, trata-se de uma tecnologia relacional com resultados muito bons evidenciados em literatura (ZERBETTO, FURINO, 2017; ABREU et al., 2018; SILVA, TUCCI, 2015).

Para tanto, é crucial também conhecer os dados do contexto dos serviços de saúde na respectiva região sanitária em que a RAPS se estrutura e que é de abrangência da APS. No caso do presente estudo, especificamente, destacam-se os dados de Relatório Técnico apresentado à Regional de Saúde, baseados na análise dos prontuários dos indivíduos atendidos no CAPS AD Regional, no período de 2016 a 2019 (MARIANO; MAI, 2021).

Por um lado, tais dados corroboram para o fato de que o uso de SPA configura um problema de saúde pública, haja vista, inclusive, que o número de óbitos decorrentes por transtornos relacionados ao uso de substâncias, no Paraná, cresceu mais de 58% no período de 2017 a 2021

(SESA, 2022). Dos 22 municípios da área de abrangência da respectiva Regional de Saúde, segundo o Relatório, o CAPS AD atendeu 15 municípios, sendo a maioria dos indivíduos do município sede. Isto é, de um total de 86 prontuários, sendo 13,95% (12) do sexo feminino e 86,04% (74) do sexo masculino, o total de 74,97% (09) do sexo feminino e 43,2% (32) do sexo masculino residiam no município sede. Dos municípios mais distantes, somente um encaminhou três indivíduos do sexo masculino.

Destaca-se, outrossim, que durante o tratamento no CAPS AD, 16 indivíduos foram internados em hospitais psiquiátricos, sendo destes 16,66% (02) do sexo feminino de forma voluntária, e 18,91% (14) do sexo masculino, com 16,21% (12) internamentos voluntários e 2,70% (02) involuntários. Ou seja, um percentual significativo recorreu ao atendimento ao nível terciário de atenção, sendo o serviço utilizado o hospital psiquiátrico. Esse dado corrobora com os depoimentos dos participantes do presente estudo e que, de modo geral, manifestaram-se contrários ao internamento, afirmando que essa medida “não resolve” o problema.

Sobre esse aspecto, a literatura demonstra que a criação de leitos de saúde mental em hospital geral ajuda a tirar o estigma do transtorno mental, pois a doença passa a ser vista como outras enfermidades, traz garantia dos direitos e o indivíduo é tratado com equipe multidisciplinar. Assim, como nível terciário, o hospital geral, com equipes qualificadas, é uma alternativa aos hospitais psiquiátricos, no atendimento para pessoas portadoras de transtornos mentais e usuárias de SPA, intervindo-se nas crises e com internamentos por períodos curtos, em busca da superação do modelo asilar e segregatório (ALVES, 2019).

Por outro lado, os dados do Relatório também sugerem uma desarticulação entre os pontos da rede de atenção em relação aos encaminhamentos, pois a APS nem sempre faz o primeiro acolhimento e/ou nem recebe o portador de transtorno por uso de substâncias como contrarreferência. Uma vez o paciente integrado no CAPS AD, este tende a não retornar para a APS. Observa-se, ainda, que a distância do CAPS AD Regional dos municípios de extremos geográficos na área de abrangência da Regional de Saúde dificulta o acesso destes a esse importante ponto de atenção na rede. Essa dificuldade reforça a necessidade e importância de ações na APS quanto à abordagem para portadores de transtornos por uso de substâncias. Nesse sentido, a IB representa uma alternativa de cuidado e de redução de danos, bem como para a triagem e o tratamento em liberdade, valorizando o trabalho em equipe multiprofissional e priorizando os recursos da comunidade de origem do portador de transtorno por uso de substâncias.

Em suma, os dados da capacitação e os dados dos prontuários convergem e dialogam entre si, evidenciando fragilidades e necessidades de mudanças nos processos de trabalho, de modo a aprimorar a RAPS e alcançar os benefícios da lógica de cuidado centrado na pessoa e no tratamento em liberdade. As evidências de literatura apontam para a necessidade de estruturação da RAPS (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021), o que já existe em termos de oferta de serviços no contexto em lide; bem como, a necessidade de processos de trabalho pertinentes a essa lógica de cuidado (GAMA et al., 2021), o que, segundo os dados, necessita de permanente avaliação e aprimoramento. Para Diehl, Cordeiro e Iaranjeira (2019), é a APS o ponto de atenção em que ocorre o primeiro contato das pessoas com os serviços de saúde, tornando-se este um espaço privilegiado para a prevenção secundária, evitando inclusive o desenvolvimento de quadros mais graves de dependência química.

Dessa forma, tendo em vista a necessidade de aprimoramento dos processos de trabalho, toda e qualquer mudança passa necessariamente pela EPS. Um estudo para implantação de rotinas para rastreamento do uso de risco de álcool e de IB na APS (RONZANI et al., 2005), demonstrou que, após o treinamento, os profissionais envolvidos relataram expectativas positivas, sendo considerada a capacitação oportuna, uma vez que teria sido a primeira abordando o tema do uso abusivo do álcool, e que havia necessidade de sistematizar o atendimento a esses indivíduos.

No caso do presente estudo, os participantes igualmente demonstraram bastante interesse no conteúdo apresentado, com vários questionamentos, reflexões e apontando para a necessidade de EPS no campo da saúde mental, entendendo que esta, ou mesmo a IB, não se limita a um ou outro profissional específico, mas deve envolver a equipe multiprofissional. A construção do Manual de Capacitação como material didático, Apêndice A, foi de grande importância para a capacitação, pois auxiliou na apresentação e discussão dos temas, proporcionou um conhecimento histórico do uso de SPA, desconhecido por muitos, e facilitou a aplicação da triagem e IB, reforçando a necessidade do aperfeiçoamento dos profissionais de saúde frente aos novos desafios que se apresentam.

O tempo da capacitação, de 12 horas, distribuídas em quatro encontros, conforme apresentado no capítulo de metodologia, mostrou-se suficiente para apresentar o conteúdo, sensibilizar para a necessidade de capacitação contínua e deflagrar o debate entre os participantes, estimulando a aplicação prática dos conteúdos aprendidos. Por outro lado, esse formato demonstrou potencial de replicação em outros contextos de trabalho, podendo sofrer adaptações, se necessário. A EPS, torna-se, assim, uma estratégia fundamental para a construção e reconstrução do cuidado, visando a inserção social dos portadores de transtornos por uso de substâncias (DA COSTA et al., 2017).

Embora os debates tenham sido muito profícuos e a participação tenha sido ativa, o grupo participante se mostrou homogêneo em relação às dúvidas, troca de experiências, e até mesmo na avaliação final da capacitação, conforme os resultados anteriormente apresentados. Mesmo apresentando diferentes categorias e níveis de formação profissionais, houve semelhanças nas respostas, todas muito sintéticas e predominando ideias entre “bom” e “ótimo”. Destacou-se que o tempo de capacitação foi adequado, o conteúdo foi de fácil compreensão e a metodologia pertinente. Contudo, convém ressaltar que a proposta inicial envolveria intervalos maiores, com periodicidade mensal entre um encontro e outro, para que os participantes tivessem tempo para aplicar a IB. No entanto, as demandas e condições de trabalho exigidas pela pandemia da Covid-19 à equipe envolvida durante a execução do estudo inviabilizaram tal execução, reduzindo o tempo entre um encontro e outro. Mesmo assim, ficou demonstrada a importância da EPS, e esse aspecto da periodicidade pode vir a ser adaptado em novas ofertas do programa de capacitação.

Além da EPS, ficou bastante evidente no grupo participante a importância do tema e a possibilidade da implantação da IB na APS. Isso é relevante à medida que o aprender e o ensinar passam a incorporar o cotidiano dos serviços e a aprendizagem significativa permite alcançar transformações nas práticas em saúde, em um movimento contínuo de ação, reflexão e ação (BRASIL, 2014).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, a partir da revisão de literatura, que a temática envolvendo o uso de SPA é complexa e multifatorial, e que a APS é um ponto de atenção fundamental na RAPS. Concomitante à estruturação do SUS, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, nas últimas décadas, permitiu a organização e implementação de uma rede de serviços em saúde mental, cuja centralidade é o tratamento em liberdade pautada na redução de danos. Contudo, normativas e ações mais recentes apontam para retrocessos significativos que, somados ao desafio já existente de fortalecimento da APS na política de saúde mental, reforçam a necessidade da incorporação de tecnologias de cuidado e qualificação das equipes da ESF na abordagem aos indivíduos portadores de transtornos por uso de SPA. A IB na APS representa uma alternativa significativa para a atenção em saúde e o tratamento em tais situações, apesar de ser pouco utilizada, mesmo sendo recomendada pela OMS desde 2001.

Quanto ao objetivo proposto, depreende-se, a partir dos dados, sendo incipiente a compreensão por parte dos profissionais de saúde quanto ao fenômeno do uso de drogas lícitas e ilícitas e ao uso da IB em sua abordagem clínica. E, justifica-se a necessidade e importância de ações de EPS sobre a temática. Nessa direção, a capacitação construída e aplicada sobre IB como estratégia de cuidado ao nível da APS mostrou-se adequada e factível. Mesmo com uma carga horária reduzida, de 12 horas, é uma ação que se soma às capacitações já existentes no país e permite que seja realizada no desenrolar do cotidiano do trabalho das equipes, de modo que os profissionais se sintam sensibilizados e aptos para realizar a triagem e aplicação da IB. A abordagem interprofissional mostrou-se fundamental e necessária ao alcance das metas da IB. Outrossim, a produção de material didático em forma de um manual de apoio ao processo formativo desenvolvido foi considerada pelos participantes como fundamental para a consolidação do aprendizado técnico-científico, representando este, por si só, um produto técnico também resultante da pesquisa e disponível para uso cotidiano.

Algumas limitações foram sendo identificadas durante a pesquisa. Especialmente, poucos estudos de capacitação sobre IB na APS, não sendo possível comparação com outras experiências. Ainda, as condições impostas pela pandemia da Covid-19, as quais dificultaram um espaçamento maior entre os encontros realizados, de modo que todos os profissionais participantes tivessem a oportunidade para aplicar a triagem e a IB, buscando alcançar os princípios da EPS e das metodologias ativas, pautados na ação, reflexão e ação. Mas, experiências futuras e adaptações à capacitação poderão ampliar a sua abrangência e o potencial transformador sobre as práticas cotidianas.

Mas, tão somente ações ao nível do trabalho nos serviços podem não ser suficientemente fortes para gerar mudanças, principalmente no atual contexto brasileiro. Por isso, ações de gestão precisam pautar e embasar quaisquer iniciativas como a proposta na presente pesquisa, contextualizada pela defesa incontestada da RAPS. Assim, como principal encaminhamento, nos limites do presente estudo, propõe-se, em um primeiro momento, a multiplicação da capacitação para os municípios de abrangência da Regional de Saúde investigada. E, posteriormente, incluindo modificações se necessárias, a sua apresentação como estratégia de cuidado na APS a ser analisada e, quiçá, a ser incorporada na política pública de saúde mental ao nível de Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, estendendo-se aos demais municípios do estado.

Reitera-se, assim, a importância da EPS e da qualificação técnico-científica sobre a IB como recurso de redução de danos e possibilidade de tratamento às pessoas portadoras de transtornos por uso de substâncias. Aprimora-se a APS no desempenho de suas atribuições na atenção a essas populações, via de regra, segregadas, marginalizadas e/ou criminalizadas, de modo a consubstanciar a RAPS e fortalecer a política nacional de saúde mental pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do SUS.

9 REFERÊNCIAS

ABREU, A. M. M. *et al.* Rastreamento e intervenção breve para uso de álcool e outras drogas. **Rev. bras. enferm**, v. 71, p. 2258-2263, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0444>>. Acesso em: 22 de abr. de 2021.

ALVES, T. C. *Cuidado de enfermagem em saúde mental, álcool e outras drogas em Hospital Geral*. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/T.22.2020.tde-24032020-150927>>. Acesso em: 04 de jul. de 2022.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. D. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O social em questão**, v. 21, n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq_44_art5.pdf>. Acesso em: 22 de abr. de 2021.

BELFOR, J. A. *et al.* Competências pedagógicas docentes sob a percepção de alunos de medicina de universidade da Amazônia brasileira. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, p. 73-82, 2018. Disponível em: <10.1590/1413-81232018231.21342017>. Acesso em: 21 de abr. de 2021.

BERTUSSI, V. C. *et al.* Substâncias psicoativas e saúde mental em profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletrônica de Enferm.**, v. 20, 2018. DOI: 10.5216/ree.v20.47820. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/47820>>. Acesso em: 10 de out. de 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social* / Supervisão Técnica e Científica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – SENAD. Responsáveis Técnicos Lísia Von Diemen, Silvia Chwartzmann Halpern e Flavio Pechansky - UFRGS. – Brasília: SENAD; 2012. 248 pag.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 678, de 30 de junho de 2022. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/2549-resolucao-n-678-de-30-de-junho-de-2022>>. Acesso em: 05 de jul. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019*. 2019a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 08 de jun. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_necessidades.pdf>. Acesso em: 17 de fev. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 198/2004, 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 e dá outras providências*.

Disponível em:
 <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>>
 Acesso em: 20 de dez de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 20 de nov. de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde Mental, Brasília (DF), 2011.* Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 de nov. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS)*. Disponível em:
 <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html>. Acesso em: 18 de nov. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.* Disponível em:
 <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 13 de abr. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n. 34*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 176 p., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p. Disponível em:
 <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf>. Acesso em: 11 de out. de 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 26 de abr. de 2021.

BRASIL, Presidência da República, Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas*. 2019b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm>. Acesso em: 05 de jul. de 2022.

BRASIL, Ministério da Cidadania. *Prevenção às drogas: Ministério da Cidadania lança edital para o financiamento de projetos de hospitais psiquiátricos*. 2022. Disponível em:

- <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/ministerio-da-cidadania-lanca-edital-para-o-financiamento-de-projetos-de-hospitais-psiquiatricos>>. Acesso em: 02 de abr. de 2022.
- CAMATTA, M. W. *et al.* *Concepções de gestores de serviços de saúde sobre a rede de atenção psicossocial a usuários de crack*. **REME rev. min. enferm.**, v. 24, p. 1-6, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1096407>>. Acesso em: 02 de abr. de 2022.
- CARLINI, E. A. *Uma visão internacional*. **J. bras. Psiquiat.**, v. 52, n. 5, p. 335-339, 2003. Disponível em: <https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Temas_Revelantes/Reducao_de_Danos_um_a_visao_Internacional.pdf>. Acesso em: 10 de jun. de 2022.
- CEBRID. *Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas*. Disponível em: <<https://www.cebrid.com.br/>>. Acesso em: 12 de mar. de 2022.
- CISNORPI. Disponível em: <<http://www.cisnorpi.com.br/>>. Acesso em: 15 de mar de 2022.
- CONASEMS. *Nota conjunta: recomendação de suspensão de edital do Ministério da Cidadania para financiamento de hospitais psiquiátricos*. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/nota-conjunta-recomendacao-de-suspensao-de-edital-do-ministerio-da-cidadania-para-financiamento-de-hospitais-psiquiatricos/>>. Acesso em: 19 de abr. de 2022.
- DA COSTA, T. D. *et al.* *Contribuindo para a educação permanente na saúde mental*. **Biológicas & Saúde**, v. 7, n. 23, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.25242/88687232017647>>. Acesso em: 15 de mar. de 2022.
- DELGADO, P. G. *Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir a la desarticulación*. **Trab. Educ. Saúde (Online)**, v. 17, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/1678-1007-tes-17-02-e0020241.pdf>> 2019. Acesso em: 20 de abr. de 2021.
- DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* /. 2 ed. - Porto Alegre: Artmed, 2019.
- DO NASCIMENTO, L. F.; CAVALCANTE, M. M. D. *Abordagem quantitativa na pesquisa em educação: investigações no cotidiano escolar*. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, v. 11, n. 25, p. 9, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8287842>. Acesso em 05 de jul. de 2022.
- FELIX, A. G. S. *A marcha da maconha na cidade de Campos dos Goytacazes-RJ: participação política, ativismo e espaço público*. 2021. Trabalho Final de Curso (Bacharelado em Ciências Econômicas) - Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional, Campos dos Goytacazes, 2021. Disponível em: <<http://app.uff.br/riuff/handle/1/24095>>. Acesso em: 17 de dez. de 2021.
- FERREIRA, L. *et al.* *Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura*. **Saúde debate.**, v. 43, p. 223-239, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11 de nov. de 2021.

FERRUGEM, D. *Guerra às drogas e a manutenção da hierarquia racial*. 2018. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/7954>>. Acesso em: 08 de out. de 2021.

FIOCRUZ <<https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-o-consumo-de-drogas-no-brasil>> 2019. Acesso em: 26 de abr. de 2021.

GAMA, C. A. P. da *et al.* *Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios*. **Interface comum. saúde educ.**, v. 25, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/ngR3KBL56xBNvHGNGjscJ9S/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 04 de jul. de 2022.

GULJOR, A. P. F. V Conferência Nacional de Saúde Mental e a defesa do cuidado em liberdade. In: *Curso de extensão controle social no SUS e luta antimanicomial* (vídeo do Youtube). Universidade Federal do Tocantins, 2022. Disponível em: <<http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/publicacoes-1/audio-e-video>>. Acesso em: 20 jun. de 2022.

IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/jacarezinho/panorama>>. Acesso em: 12 de nov. de 2020.

IPARDES. Disponível em: <<http://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Perfil-avancado-dos-municipios>>. Acesso em: 12 de nov. de 2020.

KANTORSKI, L. P. *et al.* *Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia/Brazilian mental health policy: an analysis based on Franco Basaglia thought*. **Journal of Nursing and Health**, v. 11, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/20766/13186>>. Acesso em: 08 de jun. de 2022.

MACHADO, L. F.; RODACOSKI, G. C.; CALDARELLI, P. G. *Capacitação de agentes comunitários de saúde para abordagem de pacientes usuários de drogas na perspectiva da redução de danos*. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, p. 100-112, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2supl2p100>>. Acesso em: 05 de jun. de 2021.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. p. 377.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em: <http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/view> Acesso em: 20 de nov. de 2020.

MARIANO, A. H; MAI, L. D.; *Perfil sócio-demográfico dos indivíduos atendidos por transtorno de uso de substâncias no CAPS AD Regional de Jacarezinho/Pr, 2016-2019*. 2021.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. *Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool*. **Braz J Psychiatry**, v. 26, p. 28-32, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/rC8gw3VvwMDK43hvpBYNbbf/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 de jun. de 2022.

MERHY, E. E. *et al.* *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituto nas redes-Livro 1*. 2016. p. 448-448.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. *Intervenção Breve: princípios básicos e aplicação passo a passo*. In: DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. *Intervenção Breve: módulo 4*. Ed. 11, p. 1-118. **SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017b. Disponível em: <https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/03/SUP7_Mod4.pdf>. Acesso em: 20 de jan. de 2021.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. *Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos padronizados*. In: DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. *Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3*. Ed. 11, p. 1-70. **SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017a. Disponível em: <https://www.supera.org.br/@/material/mtd/pdf/SUP/SUP_Mod3.pdf>. Acesso em: 18 de ago. de 2021.

MOROSINI, L. *Manicômios nunca mais: mudanças na política de saúde mental ameaçam reforma psiquiátrica*. **Radis**, n. 220, jan/2021, p. 10-13. Disponível em: <<https://radis.enp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/manicomios-nunca-mais>>. Acesso em: 02 de mar. de 2021.

PAIANO, M.; LOPES, F.; MIGUEL, M. E.; SALCI, M. *Percepção dos enfermeiros sobre estratificação de risco em saúde mental e as ações de enfermagem*. **Rev. Saúde Pública do Paraná (Online)**, v. 2, n. 1, p. 68-79, 16 jul. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n1p68>>. Acesso em: 05 de jun. de 2021.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. *Oficina do APSUS: Formação e qualificação do profissional em atenção primária à saúde – Saúde Mental (Oficina 8)*. Curitiba, 2014.

PESSOA, V. M. *et al.* *Action research: methodological proposal for action planning in primary care services in the context of environmental health and occupational health*. **Interface (Botucatu, Online)**, v.17, n.45, p.301-14, abr./jun. 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1801/180127931005.pdf>>. Acesso em: 17 de jun. de 2022.

PINHEIRO, C. M.; TORRENTÉ, M. N. *Serviços abertos e fechados no tratamento do abuso de álcool e outras drogas do ponto de vista do (as) usuário (as)*. **Saúde Soc.**, v. 29, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/jG5QZwPsRBFHn4GJ3RfnB3h/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 02 de mai. de 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JACAREZINHO. Disponível em: <<https://www.jacarezinho.pr.gov.br/>>. Acesso em: 17 de out. de 2021.

ROCHA, I. C. O.; LOPES, E. J. *Transtornos por uso de substâncias psicoativas e esquemas iniciais desadaptativos: Revisão sistemática de literatura*. **Rev. bras. Ter. comport. Cogn.**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 76-94, 2019. DOI: 10.31505/rbtcc.v21i1.1130. Disponível em:

<<https://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/1130>>. Acesso em: 10 de jun. de 2021.

RONZANI, T. M. *et al.* *Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas.* **Cad. Saúde Pública (Online)**, v. 21, p. 852-861, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v21n3/19.pdf>. Acesso em: 17 de jun. de 2022.

RYBKA, L. N., NASCIMENTO, J. L., & GUZZO, R. S. L. (2018). *Os mortos e feridos na Guerra às Drogas”: uma crítica ao paradigma proibicionista.* **Estud. Psicol. (Campinas, Online)**, 35(1), 99-109. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-027520180001000010>>. Acesso em: 19 de dez. de 2021.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. *Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental.* **Cad. Saúde Pública (Online)**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/v37n3/1678-4464-csp-37-03-e00042620.pdf>>. Acesso em: 04 de jul. de 2022.

SESA – Secretaria de Estado da Saúde. *Sistema de Informações sobre Mortalidade/Divisão de Informação Epidemiológica (DVIIEP), Centro de Epidemiologia (CEPI), (SUS), (SESA/PR).* Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/>>. Acesso em 10 de jun. de 2022.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico [livro eletrônico]*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5562413/mod_resource/content/1/Metodologia-Do-Trabalho-Cientifico-23%C2%AA-Edicao-Severino-EBOOK-Escolhido.pdf>. Acesso em: 17 de jun. de 2022.

SILVA, D.; MOLL, M. F.; VENTURA, C. A. A. *O Tratamento da Dependência Química e os Direitos Humanos.* **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, v. 7, n. 2, p. 113-122, 2018. Disponível em: <<http://www.ipebj.com.br/forensicjournal/edicoes?volume=7&numero=2&artigo=323>>. Acesso em: 06 de jul. de 2021.

SILVA, E. C.; TUCCI, A. M. *Intervenção breve para redução do consumo de álcool e suas consequências em estudantes universitários brasileiros.* **Psicol. reflex. crit.**, v. 28, p. 728-736, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/prc/a/CSp5HHRbZxkySHjQZTNgTfs/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 23 de abr. de 2022.

SOARES, M. H. *et al.* *Impacto da intervenção breve e arteterapia para usuários de álcool.* **Rev. bras. enferm.**, v. 72, p. 1485-1489, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0317>> acesso em: 24 de abr. de 2021.

SOARES, J.; VARGAS, D. *Efetividade da intervenção breve grupal no uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde.* **Rev. Saúde Pública (Online)**, v. 53, p. 04, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/2019.v53/04/pt>>. Acesso em: 23 de abr. de 2021.

SOUSA, Y. S. O.; SANTOS, M. F. S.; APOSTOLIDIS, T. *Drogas no Espaço Público: Consumo, Tráfico e Política na Imprensa Brasileira*. **Psicol. ciênc. prof.**, v. 40, 2020. <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003201819>> acesso em: 25 de abr. de 2021.

SURJUS, L. TOGNI DE LIMA, E; SILVA, P. C. (Orgs.)/ *Redução de Danos: Ampliação da vida e materialização de direitos*. Disponível em: <<https://www.unifesp.br/campus/san7/images/E-book-Reducao-Danos-versao-final.pdf>> 2019. Acesso em: 20 de abr. de 2021.

UNODC. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/index.html>>. Acesso em: 18 de dez. de 2021.

WEBER, L.; ROSA, R. dos S. *A importância da política nacional de educação permanente em saúde como ferramenta estratégica para a consolidação da rede de atenção psicossocial*. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 55–62, 2018. DOI: 10.54909/sp.v2i3.87391. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/87391>>. Acesso em: 12 de out. de 2021.

YASUI, S.; BARZAGHI, N. *História, memória e luta: a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. **Convención Internacional de Salud, Cuba Salud**, 2018. Disponível em: <<http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewFile/792/895>>. Acesso em: 11 de set. de 2021.

ZERBETTO, S. R.; DE OLIVEIRA FURINO, V.; DE OLIVEIRA FURINO, F. *A implementação da intervenção breve na atenção primária à saúde: revisão integrativa*. **Rev. APS.**, v. 20, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848757>>. Acesso em: 06 de ago. de 2021.

APÊNDICE A – MANUAL

CAPACITAÇÃO DE INTERVENÇÃO BREVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

MARINGÁ

2022

1 APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é resultado do Mestrado em Políticas Públicas da Universidade Estadual de Maringá, onde se buscou apresentar uma proposta de Capacitação em Intervenção Breve (IB) na Atenção Primária à Saúde (APS), considerando que o Transtorno relacionado ao Uso de Substâncias (TUS), bem como a Dependência Química (DQ) é um Transtorno Mental classificado na CID-10, entre F-10 ao F-19, gerando um grave problema de saúde pública, atingindo outros ramos da sociedade como segurança pública, justiça, educação, assistência social e trânsito, além de incidir diretamente sobre as famílias.

O acolhimento do portador de TUS na APS pode diminuir e até mesmo evitar o agravamento do problema, pois, ao estabelecer vínculos com os profissionais do território de domicílio, o indivíduo pode refletir sobre o uso de Substâncias Psicoativas (SPA), fazer escolhas e desenvolver autonomia.

A partir de revisão bibliográfica atual e material didático de cursos disponibilizados pela Secretaria Nacional Anti Drogas (SENAD), apresentamos um Manual para servir de subsídio para implantação da IB na APS.

2 ASPECTOS HISTÓRICOS E ANTROPOLÓGICOS DO USO DE DROGAS

A história do uso de substâncias psicoativas pela humanidade, está presente nas mais diferentes culturas, e tempos, sendo um fenômeno antigo e constante na humanidade. Exceto populações habitantes em regiões totalmente desprovidas de vegetação, todos os grupos humanos em diferentes épocas e lugares utilizaram alguma substância (GOMES-MEDEIROS et al., 2019).

Acredita-se que, embora os primeiros contatos do homem com as drogas tenham sido de forma acidental, dois fatores foram primordiais para a continuidade do consumo ao longo da história: O Primeiro é o caráter místico (ritualístico-religioso), como o ópio e outras substâncias, cujo principal objetivo era de estabelecer contato com as divindades. O segundo fator era o de supressão da dor, bem como, de suportar as adversidades ambientais, como, por exemplo, em alguns países latino-americanos em que as pessoas têm o hábito de mascar folhas de coca e tabaco para suportarem a fome e diminuir a fadiga (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019, p. 670).

Por volta de 4.000 a.C., a papoula, conhecida como “planta da alegria” já era utilizada pelos sumérios como ritual religioso. A Ayahuasca, há mais de 4 mil anos, de forma ritualística pelos índios da Bacia Amazônica. O peiote, um cacto encontrado no sul dos Estados Unidos e norte do México, de onde se extrai a mescalina, um alucinógeno, utilizado há mais de 3 mil anos. Na China, Índia e Egito, há registro do uso da Cannabis sativa (maconha) com fins místicos e terapêuticos, há 2.000

a.C. Ainda estão presentes no Egito antigo o uso de álcool. Por volta de 500 a.C., há registros na região do Rio Danúbio e do Rio Volga, o uso de haxixe, um concentrado de maconha, nos rituais de luto. Um dos fatos mais difundidos na história se encontra na Bíblia, onde é citada a embriaguez alcoólica de Noé (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019, p. 670-671).

Na Idade Média, mais precisamente por volta de 1.500 d.C. até o século XIX, vemos uma grande expansão de uso do ópio, principalmente na Europa. Utilizado principalmente como analgésico e anestésico, mas também pela sensação de bem-estar e euforia produzidos pelo uso. A partir de 1800, o uso de cocaína se difunde, e entre outros usos, é utilizado como analgésico e anestésico, mas também passa a compor fórmulas de bebidas fortificantes como o vinho Mariani, e também a Coca-cola, uma bebida estimulante, que teve em sua composição a cocaína até os primeiros anos de 1900 (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019, p. 671).

A partir do Século XX, surgem várias drogas como o dietilamida do ácido lisérgico (LSD), heroína, crack, barbitúricos, benzodiazepínicos, anfetaminas, ecstasy (MDMA – metanfetamina), ácido gama-hidroxibutírico (GHB) e a cetamina (special K). Ainda o sildenafil e o ritonavir, usadas muitas vezes com a finalidade de potencializar os efeitos das primeiras (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019, p. 671-673).

3 DEFINIÇÃO DE DROGA

Droga, conforme define a Organização Mundial da Saúde (OMS), compreende todos os tipos de substâncias não produzidas pelo organismo, que ao serem ingeridas, são capazes de atuar sobre um ou mais sistemas, podendo provocar alterações em seu funcionamento. (ARIGONY; BARCELLOS, 2017).

A palavra droga vem do holandês antigo “droog”, e significa “folha seca”, porque antigamente a maioria dos medicamentos era extraída de plantas. A palavra psicotrópica vem de duas palavras gregas: psico que significa “mente”, e trópico ou tropismo que significa “atração por”. Portanto, podemos definir como “atração pelo psiquismo” (CEBRID, 2022).

4 CLASSIFICAÇÃO QUANTO À FARMACOLOGIA

Podemos classificar as drogas sob o enfoque farmacológico, partindo da estrutura química das substâncias, bem como, através do mecanismo de ação, e ainda, em relação às ações aparentes no SNC, nas alterações observáveis no comportamento do usuário (ANTUNES; BORTOLI, 2017, p. 134-143).

As drogas psicotrópicas, também conhecidas por substâncias psicoativas dividem-se em três grupos: drogas depressoras do SNC; drogas estimulantes do SNC; drogas perturbadoras do SNC (ANTUNES; BORTOLI, 2017, p. 134-143).

4.1 QUANTO À AÇÃO

4.1.1 DEPRESSORES OU PSICOLÉPTICOS

Esse grupo possui grande variedade de substâncias que diminuem a atividade e o funcionamento cerebral, reduzindo a atividade psicomotora, a atenção, concentração, a capacidade de memorização e intelectual.

Ex: álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, inalantes e opiáceos (ANTUNES; BORTOLI, 2017, p. 134-143).

4.1.2 ESTIMULANTES, PSICOANALÉPTICOS, NOANALÉPTICOS OU TIMOLÉPTICOS

As drogas estimulantes do SNC aumentam a atividade cerebral em alguns sistemas neuronais, trazendo como consequência estimulação cardiovascular, melhora do humor, um estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos.

Ex: anfetaminas, cocaína e tabaco (ANTUNES; BORTOLI, 2017, p. 134-143).

4.1.3 PERTURBADORES, PSICOTICOMIMÉTICOS, PSICODÉLICOS, ALUCINÓGENOS OU PSICOMETAMÓRFICOS

As drogas perturbadoras do SNC alteram distorcem e modificam qualitativamente a atividade cerebral provocando alucinações. Por estes motivos também são chamados de alucinógenos.

Ex: maconha, alucinógenos, LSD, ecstasy e anticolinérgicos (ANTUNES; BORTOLI, 2017, p. 134-143).

5 O USUÁRIO DE DROGAS

5.1 CLASSIFICAÇÃO SOBRE USO

Uso na vida: o uso de droga pelo menos uma vez na vida.

Uso no ano: o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos doze meses.

Uso no mês: o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos trinta dias.

Uso frequente: o uso de droga seis ou mais vezes nos últimos trinta dias.

Uso pesado: utilizou droga vinte ou mais vezes nos últimos trinta dias.

Uso abusivo: padrão de uso com danos à saúde física ou mental do usuário, mas sem preencher critérios que caracterizam dependência.

Dependência: conjunto de sinais e sintomas que determinam dependência à substância (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017a, p. 94).

5.2 OS TIPOS DE USUÁRIOS DE DROGAS

Podemos classificar o usuário de SPA's, como:

- **EXPERIMENTADOR:** é aquele que faz uso algumas vezes de alguma substância química, por curiosidade, facilidade de acesso, questões sociais ou pressão do grupo. Muitas vezes é uma fase, não havendo continuidade de uso.
- **USUÁRIO OCASIONAL OU RECREATIVO:** utiliza uma ou mais substâncias para se divertir ou lazer, tendo disponibilidade e/ou ambiente que favoreça o uso. Não deixa de se divertir caso não tenha acesso à droga. Mesmo utilizando com certa frequência não abala os relacionamentos sociais nem afetivos.
- **USUÁRIO HABITUAL OU FUNCIONAL:** faz uso com frequência e começa a ter prejuízos sociais, afetivos e profissionais. Está com possibilidades de ser tornar dependente e seria bom que procurasse ajuda.
- **USUÁRIO ABUSIVO OU DEPENDENTE:** utiliza a SPA de forma frequente e exagerada, com rupturas dos vínculos afetivos e sociais. Não consegue parar quando quer (CEBRID, 2022).

6 COMO AS DROGAS INTERAGEM COM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

O Sistema Nervoso Central (SNC) nos ajuda a distinguir sensações. Ele é responsável pelas emoções, como o amor e o medo; o controle da coordenação motora; e, ainda, regula as funções orgânicas (INABA, 1991).

O SNC é formado pelo cérebro e medula espinhal. O cérebro está dividido em grandes seções: o tronco encefálico, o diencéfalo que se divide em tálamo e hipotálamo. Acima do diencéfalo, a parte mais externa do cérebro se divide em lobos (córtex cerebral) (LONGENECKER, 2002).

O tronco encefálico é a parte mais antiga e primitiva do cérebro. Ele é responsável pelos processos essenciais do organismo, como a respiração.

O tálamo, entre outras funções, regula o tônus muscular e a sensação de dor. Ele é responsável para receber e retransmitir as informações. Cabe ao hipotálamo entre várias funções, a sintetização dos hormônios, regulação da temperatura corporal, e o ritmo cardíaco.

Aos lobos cabem as funções gerais do corpo, como o movimento; e, ainda abaixo dos lobos, encontram-se os núcleos basais que controlam os movimentos.

No SNC, encontram-se milhões de células que chamamos de neurônios. A eles cabem a comunicação entre o cérebro e todas as demais partes do corpo através de substâncias químicas chamadas de neurotransmissores. Algumas drogas são semelhantes aos neurotransmissores, podendo mimetizar a ação destes se tornando agonistas, ou bloqueadores (Ibidem, idem).

A porta de entrada das drogas no organismo pode ser: aspirada, inalada, oral ou injetada.

Independente da forma utilizada, as substâncias químicas, caem na corrente sanguínea, passa pelo coração e atinge o SNC entre 10 e 15 segundos.

Mesmo o cérebro sendo o órgão mais protegido do corpo, as drogas o atingem através da barreira hemato-encefálica (INABA, 1991).

Os neurotransmissores são produzidos no interior dos neurônios e liberados pelos axônios.

Comentaremos alguns neurotransmissores e suas relações com as drogas.

. Norpinefrina – é encontrada em estruturas da formação reticular, hipotálamo, no sistema límbico, tálamo, córtex frontal e cerebelo. Os efeitos relacionados à norpinefrina são: vivacidade, concentração, emoções positivas e a analgesia. A falta está relacionada à depressão e a falta de concentração. O excesso gera comportamento impulsivo e ansiedade. A metanfetamina (ecstasy) mimetiza os efeitos da norpinefrina (LONGENECKER, 2002).

. Dopamina – é encontrada no sistema límbico – O principal efeito da dopamina é a euforia. O excesso provoca psicoses, incluindo alucinações e paranoia. A baixa quantidade de dopamina pode provocar o “Mal de Parkinson”. Como exemplo, temos a cocaína.

. Serotonina – pode ser encontrada nas formações reticulares, nas estruturas do sistema límbico e no hipotálamo. A ação da dopamina é inibir as atividades e o comportamento. Sua falta está relacionada a alterações de humor, comportamento compulsivo e comportamentos inadequados. O LSD interage com os receptores da serotonina.

. Acetilcolina – no cérebro é encontrado no córtex motor e no núcleo basal. A falta de acetilcolina está associada ao “Mal de Alzheimer” e à perda de memória. A ação da acetilcolina está relacionada à vivacidade, ao aprendizado, humor e ao sono. Como exemplo temos a nicotina.

. Gaba – se encontra no cérebro todo. É um inibidor. O excesso também está relacionado com o “Mal de Parkinson”. O álcool e os barbitúricos mimetizam os efeitos do Gaba (Ibidem, idem).

7 TOLERÂNCIA, SENSIBILIZAÇÃO E CRAVING

O usuário abusivo ou dependente de drogas, comumente desenvolve o fenômeno da tolerância ou sensibilização, onde se percebe a necessidade de aumento de doses da substância para obter o mesmo efeito anteriormente atingido. Sabe-se que a tolerância e a sensibilização estão relacionadas, pelo menos em parte, com a forma de uso da droga (intervalo entre as doses e via de uso) (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017b, p. 18-19).

Outro fenômeno que merece atenção também é a Fissura ou Craving, onde o usuário sente necessidade incontrolável de uso. Pode ser desencadeado por fatores internos (emocionais, como externos (ambientais) (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017b, p. 20-21).

8 DEPENDÊNCIA

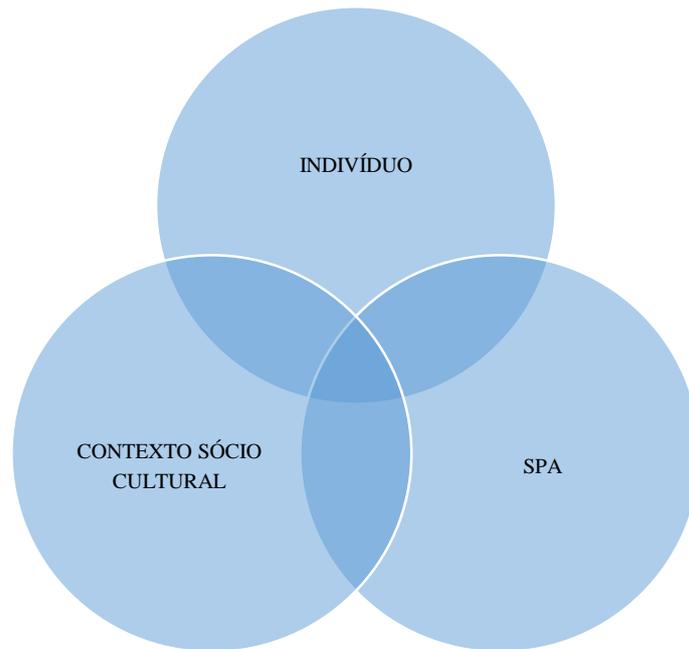
A dependência química é uma doença crônica e recidivante (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2015), e pode ser entendida como uma alteração neurobiológica provocada pela ação direta e prolongada de uma droga de abuso no encéfalo (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017b, p. 14). Além das SPAs, devemos levar e

Consideração, pressupostos individuais e socioambientais no desenvolvimento de TUS, como:

1. **Fatores do Indivíduo:** predisposição genética; baixa autoestima; senso de desesperança em relação à vida; percepção de que amigos aprovam o uso de drogas; problemas com a vinculação social; rebeldia; personalidade desafiadora e resistente à autoridade; padrão de comportamento *sensation seeking*, curiosidade; problemas no controle dos impulsos; habilidades deficitárias para lidar com as situações; fracasso acadêmico; baixo envolvimento e ajustamento escolar; rejeição por colegas / bullying; expectativas irrealistas e falta de apoio institucional (BRASIL, 2012); e,
2. **Fatores Socioculturais:** ambiente doméstico caótico e conflituoso; apego inseguro e mau relacionamento entre os membros da família; consumo ou atitudes favoráveis ao uso de substâncias por parte dos pais ou outros membros; cuidados providos de modo irregular e pouco suportivo, ausência de monitoramento; expectativas altas e irrealistas entre os membros familiares; amigos usuários de substâncias psicoativas e/ou adeptos de comportamentos desviantes; atitudes favoráveis ao uso de drogas; disponibilidade, incentivo ao consumo e ausência de políticas e controle – para substâncias lícitas; violência, pobreza e ausência de suporte social; desorganização social e ausência do Estado (BRASIL, 2012).

Podemos então entender a dependência química, utilizando o diagnóstico de Venn, pela intersecção dos elementos dos três conjuntos: o indivíduo, o contexto sociocultural e a substância psicoativa (BRASILESCOLA; 2022).

TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS (TUS)



Fonte: Adaptação do Autor, baseado no modelo Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD/MS) (2022).

9. CLASSIFICAÇÃO CID-10 DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DECORRENTES DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA

9.1 USO NOCIVO, ABUSO E DEPENDÊNCIA

Critérios da CID-10 para USO NOCIVO (ou prejudicial) de substâncias: padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos; (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017c, p. 16).

A OMS considera ainda que o abuso de drogas não pode ser definido apenas em função da quantidade e frequência de uso. Assim, uma pessoa somente será considerada dependente se o seu

padrão de uso resultar em pelo menos três dos seguintes sintomas ou sinais, ao longo dos últimos doze meses:

1. Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo;
3. Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
5. Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou ingerir a substância, ou para se recuperar de seus efeitos;
6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas; estados de humor depressivos, consequentes a períodos de consumo excessivo da substância; ou comprometimento do funcionamento cognitivo, relacionado à droga. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017c, p. 16-17).

A classificação dos Transtornos Mentais relacionados ao uso de Substâncias Psicoativas se encontram entre os itens F10 e F19:

- F10 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool;
- F11 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de opiáceos;
- F12 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de canabinoides (maconha);
- F13 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de sedativos e hipnóticos;
- F14 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de cocaína;
- F15 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de outros estimulantes, incluindo a cafeína;
- F16 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de alucinógenos;
- F17 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de fumo (tabaco);
- F18 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de solventes voláteis;

F19 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de múltiplas drogas e do uso de outras substâncias psicoativas.

Um terceiro número deve ser acrescentado ao código para indicar o tipo de transtorno:

- 0 - Intoxicação aguda;
- 1 - Uso nocivo para a saúde;
- 2 - Síndrome de dependência;
- 3 - Estado de abstinência;
- 4 - Estado de abstinência com delírio;
- 5 - Transtorno psicótico;
- 6 - Síndrome amnésica;
- 7 - Transtorno psicótico residual e de início tardio;
- 8 - Outros transtornos mentais e de comportamento;
- 9 - Transtorno mental e de comportamento não especificado (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017c, p. 14-15).

10 TRIAGEM PARA DETECÇÃO DO USO DE DROGAS (FÉ NA PREVENÇÃO, 2018)

10.1 ASSIST: METODOLOGIA E FORMAS DE APLICAÇÃO

Para a Capacitação de Intervenção Breve na Atenção Primária à Saúde, optamos por usar o Instrumento de triagem ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – Dar Assistência), por ser mais abrangente e coletar informações como: uso na vida e nos últimos três meses; problemas relacionados ao uso de substâncias e decorrentes do uso; indícios de dependência e uso de drogas injetáveis. São oito questões que, ao final, o profissional da APS poderá indicar a IB ou encaminhar para serviços de saúde secundários ou terciários (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017c, p. 33).

O ASSIST - TESTE DE TRIAGEM DO ENVOLVIMENTO COM ÁLCOOL, CIGARRO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS, foi validado no Brasil no ano de 2004. O Trabalho foi realizado no Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, e Departamento de Farmacologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR (Rev Assoc

Med Bras, 2004). O nome do instrumento ASSIST é de uma sigla em inglês (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) e a palavra formada pela sigla significa “dar assistência”.

Esse instrumento foi desenvolvido para triagem do uso de substâncias psicoativas, com o apoio da Organização Mundial da Saúde – OMS, contando com a participação de pesquisadores brasileiros nas suas fases de testes e adaptação para outras línguas (HUMENIUK et al, 2008 e HENRIQUE et al, 2004), sendo direcionado principalmente para profissionais de Atenção Primária à Saúde para o uso em suas rotinas de trabalho.

Composto por oito questões, abordando de um a sete, o uso e os problemas relacionados a diversas substâncias (tabaco, álcool, maconha, cocaína/ crack, anfetaminas ou êxtase, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos e opioides).

A questão 8 é voltada ao uso de drogas sob a forma injetável. Outras drogas, que não fazem parte dessa lista, podem ser investigadas e incluídas na categoria OUTRAS DROGAS.

Aplicação do ASSIST:

1. Explique para o entrevistado que serão feitas algumas perguntas para traçar o perfil de seu uso de álcool e/ou outras drogas, e que essas informações são importantes para você poder ajudá-lo.
2. Garanta o sigilo e deixe-o a vontade para responder ou não.
3. Pode ser utilizado cartões de respostas para auxiliar.

As perguntas devem ser feitas em sequência.

Assist - Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (Fé Na Prevenção)

Questão 1

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substância(s) 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. Opioides	0	3
j. Outras, especificar.	0	3

Se a resposta for “NÃO” em todos os itens, investigue: nem mesmo quando estava na escola?

Se permanecer “NÃO” em todos os itens, encerre a entrevista. Se a resposta for “SIM” para alguma droga, continue com as demais questões.

Questão 2

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. Opioides	0	2	3	4	6
j. Outras, especificar.	0	2	3	4	6

Se a resposta for “NUNCA” em todos os itens da Questão 2, pule para a Questão 6. Com outras respostas, continue com as demais questões.

Questão 3

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. Opioides	0	3	4	5	6
j. Outras, especificar.	0	3	4	5	6

Questão 4

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. Opioides	0	4	5	6	7
j. Outras, especificar.	0	4	5	6	7

Questão 5

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 êxtase	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. Opioides	0	5	6	7	8
j. Outras, especificar.	0	5	6	7	8

Questão 6

6. Há amigos, parentes ou outras pessoas que tenham 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 êxtase	0	6	3
f. Inalantes	0	6	3
g. Hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opioides	0	6	3
j. Outras, especificar.	0	6	3

Questão 7

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 êxtase	0	6	3
f. Inalantes	0	6	3
g. Hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opioides	0	6	3
j. Outras, especificar.	0	6	3

Questão 8

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção ou drogas injetáveis (Apenas uso não médico)?	
NÃO, nunca.	0
SIM, nos últimos 3 meses.	2
SIM, mas não nos últimos 3 meses.	1

Cartões de resposta

A seguir são apresentados os cartões de resposta que podem ser mostrados aos entrevistados em algumas questões do ASSIST.

O Cartão de resposta 1 apresenta os nomes populares ou comerciais das drogas e deve ser mostrado aos entrevistados nas Questões 1 a 7.

Cartão de resposta 1 - Substâncias (Questões 1 a 7)
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodca, vermouthes...)
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem, farinha...)
e. Estimulantes como anfetaminas ou êxtase (bolinhas, rebites...)
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)
g. Hipnóticos, sedativos (remédios para dormir como Diazepam, Lorazepam, Lorax, Dienpax, Rohypnol...), não tomados conforme prescrição médica
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)
i. Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína...)
j. Outras (especificar)

Algumas outras drogas, que não fazem parte dessa lista, devem ser consideradas como “outras drogas“. O Cartão de resposta 2 apresenta alternativas de resposta para as diferentes frequências de uso das drogas e deve ser mostrado aos entrevistados nas Questões 2 a 5.

Cartão de resposta 2 - Frequência (Questões 2 a 5)
Nunca: não usou nos últimos 3 meses.
1 a 2 vezes: usou 1 ou 2 vezes nos últimos 3 meses.
Mensalmente: usou entre 1 e 3 vezes em 1 mês.
Semanalmente: usou entre 1 e 4 vezes na semana.
Diariamente ou quase todos os dias: usou entre 5 e 7 dias por semana.

O Cartão de resposta 3 apresenta alternativas de resposta para as diferentes frequências de uso das drogas e deve ser mostrado aos entrevistados nas Questões 6 a 8.

Cartão de resposta 3 - Frequência (Questões 6 a 8)
Não, nunca.
Sim, mas NÃO nos últimos 3 meses.
Sim, nos últimos 3 meses.

Pontuação do ASSIST para cada droga

	Questão 2	Questão 3	Questão 4	Questão 5	Questão 6	Questão 7	Total
Tabaco							
Bebidas alcoólicas							
Maconha							
Cocaína/crack							
Anfetaminas ou êxtase							
Inalantes							
Hipnóticos/sedativos							
Alucinógenos							
Opioides							
Outras drogas							

Cálculo da pontuação para cada uma das substâncias. Para cada substância some os pontos obtidos nas Questões 2 a 7. Não inclua os pontos das Questões 1 e 8 aqui.

Por exemplo, a pontuação para maconha deverá ser calculada do seguinte modo:

$$Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c$$

Faça a mesma coisa para cada uma das seguintes drogas: álcool, maconha, cocaína, estimulantes tipo anfetaminas, inalantes, sedativos/hipnóticos, alucinógenos, outros.

Não inclua no cálculo os resultados das Questões 1 e 8.

No caso do TABACO, a Questão 5 não deve ser considerada (não se aplica a essa substância). Por isso, no caso do tabaco, o resultado máximo possível do “Nível de Envolvimento com Cada Substância” no ASSIST é 31. Para todas as outras substâncias, o resultado máximo possível é 39.

Portanto, a pontuação para o tabaco será $Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a$

Após a aplicação do ASSIST e o cálculo da pontuação para cada substância, o entrevistador identificará se o entrevistado se encontra em Baixo Risco, de Risco, ou Alto Risco. Para os usuários de Risco deverá ser ofertado a IB.

TIPO DE USO		BAIXO RISCO	RISCO	ALTO RISCO
O que fazer		Intervenção Preventiva	Intervenção Breve	Encaminhamento para serviço especializado
Tipos de drogas	Bebidas alcoólicas	0 - 10	11 - 26	27 ou mais
	Tabaco	0 - 3	4 - 26	27 ou mais
	Maconha			
	Cocaína, crack			
	Estimulantes/ anfetaminas			
	Inalantes			
	Alucinógenos			
	Opioides			

11 INTERVENÇÃO BREVE: HISTÓRIA, TEORIA E FORMAS DE APLICAÇÃO

Entre várias possibilidades e formas de tratamento para DQ, uma alternativa na APS é a Intervenção Breve (IB), seguindo a linha da Redução de Danos (RD). Como experiência, em 1926, divulgado no Relatório Rolleston, na Inglaterra, fora recomendado, como ato médico, a prescrição de doses de heroína e morfina às pessoas que não conseguiam parar com o consumo. Era um uso monitorado, visando uma qualidade de vida das pessoas com DQ. Esse é o primeiro registro contemporâneo que se tem notícia quanto à RD. Essa experiência foi adaptada com o objetivo de conter a propagação da AIDS, no ano de 1984, na Holanda, sendo adotado por vários países europeus, onde a troca de seringas e a informação eram os principais motes (SURJUS; SILVA, 2019, p. 4).

Igualmente, foi proposta pela primeira vez para pessoas usuárias de álcool, no Canadá, em 1972, por Sanchez-Craig. Ao mesmo tempo, nos Estados Unidos, William Miller, juntamente com outros colaboradores, realizaram abordagens semelhantes com base nos estudos do inglês Griffith

Edwards, que relatou que após uma única sessão de aconselhamento de IB, um paciente conseguiu a redução no consumo de álcool.

Assim, a técnica de IB pode ser conceituada como:

Uma estratégia de intervenção estruturada, focal e objetiva, com procedimentos técnicos, que permitem estudos sobre sua efetividade. Seu objetivo é ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, reconhecendo sua capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017c, p. 14).

Como a APS é onde geralmente ocorre o primeiro contato das pessoas com os serviços de saúde, torna-se um espaço privilegiado para a prevenção secundária, evitando o desenvolvimento de quadros mais graves (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019, p. 521). Engloba o “quadrilátero da formação” entre instituições de ensino, trabalhadores, gestores e usuários (FRANÇA, 2016). Essa é a lógica relacional que motiva os processos formativos integrados às práticas assistenciais, com potencial transformador dessas práticas a partir dos espaços e territórios em que elas acontecem em benefício da qualidade de vida das pessoas.

A OMS recomenda desde o ano de 2001 a aplicação de IB e a mesma tem demonstrado eficiência no consumo problemático do álcool, até mesmo no Brasil. Porém, a falta de recursos humanos na APS, falta de tempo dos profissionais e alta demanda nos serviços, entre outras, são algumas das dificuldades encontradas para a não implantação da IB enquanto estratégia de cuidado na RAPS (SOARES; VARGAS, 2018).

Para Formigoni et al. (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017c, p. 16), os princípios da IB são conhecidos pela sigla FRAMES (enquadramento): “Feedback (devolutiva ou retorno) Responsibility (responsabilidade) Advice (aconselhamento) Menu of Option (menu de opções) Empathy (empatia) Self-efficacy (autoeficácia)”.

Passos da IB:

1º passo F (feedback) Devolutiva – Após a triagem o portador de TUS recebe um retorno da avaliação sobre seu padrão de consumo e os riscos associados e é convidado a receber IB ou encaminhado para outros serviços;

2º passo R (responsibility) Responsabilidade e Metas – O profissional de saúde auxilia o portador de TUS a escolher as metas a serem atingidas para redução ou abstinência do uso de SPA;

3º passo A (advice) Aconselhamento – Deve ser oferecido material informativo sobre o uso de SPA, e orientações sobre problemas futuros caso continue com o uso, e vantagens com a mudança de comportamento;

4º passo M (menu of options) Menu de Opções – O profissional deve ajudar no desenvolvimento de habilidades e estratégias para enfrentar as situações identificadas, onde há riscos para atingir as metas estipuladas;

5º passo E (empathy) Empatia – Acolher e expressar que entende as dificuldades de mudanças demonstrando que está disposto a ouvi-lo; e,

6º passo S (Self-efficacy) Autoeficácia – Intensificar a motivação para o processo de mudança, auxiliando o portador de TUS a ponderar ganhos e perdas relacionados ao uso de SPA, reforçando os aspectos positivos.

12 ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Outra estratégia de enfrentamento utilizada no tratamento da dependência química que podemos associar à IB é a Entrevista Motivacional (EM), cujo objetivo principal é a modificação do comportamento do portador de TUS, buscando melhorar sua qualidade de vida através da motivação interna (BITTENCOURT; ALBERTON; 2018).

Para Bittencourt & Alberton (2018), através do reconhecimento das capacidades e habilidades do entrevistado, o profissional poderá contribuir com o processo de mudança desejado. Durante a aplicação da IB podemos avaliar os cinco estágios da motivação previstos na EM: pré-contemplação, contemplação, determinação, ação e manutenção.

Quando o portador de TUS se encontra na fase da pré-contemplação, ele desconhece que tem um problema e não vê motivos para realizar mudança alguma. No estágio da contemplação, ele demonstra motivação para a mudança, mas também demonstra desejo em continuar com o consumo. Pode reconhecer alguns problemas decorrentes do uso de SPA, mas, ao mesmo tempo, despreocupação. No estágio da determinação o portador de TUS procura uma solução e faz um planejamento para alcançar a mudança necessária. O quarto estágio é da ação, onde se busca colocar em prática as estratégias estabelecidas no estágio anterior. No quinto estágio, sendo o da manutenção,

o desafio é manter o que se propôs, abstinência ou diminuição do uso (BITTENCOURT; ALBERTON; 2018).



Fonte: Brasil (2012).

Nessa atmosfera de aceitação e empatia, a EM consiste em quatro técnicas iniciais, sendo perguntas abertas, afirmação (reforço positivo), escuta reflexiva, resumo e fornecimento de informações, se assim for o desejo do entrevistado. O entrevistador deve exercitar a escuta reflexiva com empatia, colaboração, evocação e autonomia do portador de TUS (MEYER; TOASSI; MEYER; FAUSTINO-SILVA; 2018).

Durante a Entrevista deve ser estabelecido um diálogo, onde o receptor da IB se sinta à vontade para falar sobre si mesmo, seu uso de SPAs e possíveis problemas que possa estar vivendo. Pode ser sugerido fazer um quadro com as vantagens e desvantagens em usar ou não SPAs no momento atual e no futuro. É necessário encorajar e fortalecer o receptor de IB, elogiando-o e incentivando-o a continuar as mudanças estabelecidas. Porém, é necessário estar atento aos sinais de recaída, caso o objetivo seja parar o uso, ou perder o controle e voltar ao uso inicial, caso o objetivo for a diminuição do uso. As recaídas, em geral, são influenciadas por situações emocionais, conflitos

nas relações interpessoais, pressão dos amigos e frequência de lugares de uso. As recaídas devem ser oportunidades de avaliação dos objetivos e estratégias estabelecidos (FÉ NA PREVENÇÃO, 2018).

13 REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. M. L.; BORTOLI, S. *Perfil do uso de drogas lícitas e ilícitas entre os alunos do ensino superior da universidade estadual de Ponta Grossa*. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 134-143, 2017. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica>>. Acesso em: 23 de out. de 2021.

ARIGONY, M. M.; BARCELLOS, *O consumismo e o uso de drogas: laços da contemporaneidade*. In: **Anais do Congresso Internacional de Educação**. 2017. Disponível em: <www.fapas.edu.br/revistas/anaiscongressoie>. Acesso em: 23 de out. de 2021.

BITTENCOURT, P. S. *Dependência química: os motivos que levam à recaída*. **Psicologia-Tubarão**, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/10469>>. Acesso em: 11 de mar. de 2021.

BRASIL. Curso Fé na Prevenção. 2018. Disponível em: <www.fenaprevencao.org> Acesso em: 10 de fev. de 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social / Supervisão Técnica e Científica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – SENAD. Responsáveis Técnicos Lísia Von Diemen, Silvia Chwartzmann Halpern e Flavio Pechansky - UFRGS. – Brasília : SENAD; 2012. 248 pag.* Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 10 de fev. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD*. 2015. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_necessidades.pdf>. Acesso em: 05 de out. de 2021.

CEBRID. *Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas*. Disponível em: <<https://www.cebrid.com.br/>>. Acesso em 12 de mar. de 2022.

DE LUCA MEYER, G. *et al. Entrevista motivacional como uma ferramenta no processo de trabalho do agente comunitário de saúde*. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 42, n. 4, p. 579-596, 2018. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/215038>>. Acesso em: 20 de out. de 2022.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas /*. 2 ed. - Porto Alegre: Artmed, 2019.

FRANÇA, T. *et al. Política de educação permanente em saúde no Brasil: a contribuição das comissões permanentes de integração ensino-serviço*. Ciencia & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1817-

1828, 2017. Disponível em: <DOI: 10.1590/1413-81232017226.30272016.2016>. Acesso em: 11 de jul. de 2021.

GOMES-MEDEIROS, D. et al. *Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/JJ5FM4Lk4RctsyTwbhFpfdk/?lang=pt>>. Acesso em: 11 de jul. de 2021.

HUMENIUK, R. et al. *Intervenção breve vinculada ao ASSIST para o uso nocivo ou prejudicial de substâncias: manual de uso na atenção primária*. Tradução e Revisão técnica Raquel Brandini De Boni. Rio de Janeiro: OMS, 2020. 74 p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43471>> Acesso em: 21 de out. de 2021.

INABA, D. S. *Drogas: estimulantes, depressoras, alucinógenos: efeitos físicos e mentais das drogas psicoativas*. Tradução de Hélio Pólvoa. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1991.

LONGENECKER, G. L. *Drogas – ações e reações*. Tradução Equipe Market Books. São Paulo: 2002.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. *Efeitos de substâncias psicoativas*. In: DUARTE, P. C. A. V; FORMIGONI, M. L. O. S. *Intervenção Breve: módulo 2*. Ed. 11, p. 1-144. **SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017a. Disponível em: <https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/03/SUP7_Mod4.pdf>. Acesso em: 20 de jan. de 2021.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. *Intervenção Breve: princípios básicos e aplicação passo a passo*. In: DUARTE, P. C. A. V; FORMIGONI, M. L. O. S. *Intervenção Breve: módulo 4*. Ed. 11, p. 1-118. **SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017c. Disponível em: <https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/03/SUP7_Mod4.pdf>. Acesso em: 20 de jan. de 2021.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. *Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos padronizados*. In: DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. *Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3*. Ed. 11, p. 1-70. **SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017b. Disponível em: <https://www.supera.org.br/@/material/mtd/pdf/SUP/SUP_Mod3.pdf>. Acesso em: 18 de ago. de 2021.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. *Evolução do conceito de dependência química. Dependência, compulsão e impulsividade (cap. 2)*. Rio de Janeiro: Rubio, 2015. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/283277043>>. Acesso em: 13 de set. de 2021.

SOARES, J.; VARGAS, D. *Efetividade da intervenção breve grupal no uso nocivo de álcool e atenção primária à saúde*. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 04, 2019. Disponível em:

<<http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/efetividade-da-intervencao-breve-grupal-no-uso-nocivo-de-alcool-na-atencao-primaria-a-saude/>>. Acesso em: 23 de abr. de 2021.

SURJUS, L. T. L. S.; SILVA, P. C. *Redução de Danos: Ampliação da vida e materialização de direitos*. São Paulo: Diversa, UNIFESP, UNIVESP, 2019. Disponível em: <<https://www.unifesp.br/campus/san7/images/E-book-Reducao-Danos-versao-final.pdf>> 2019. Acesso em: 20 de abr. de 2021.

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A EQUIPE DA SAÚDE
DE FAMÍLIA**

Identificação do Trabalhador (T1, T2...): _____

Categoria Profissional: _____

Escolaridade: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Gênero: () Masculino () Feminino

Raça/etnia: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Data de nascimento: ___/___/_____ Idade: _____

Você participou de todas as etapas da capacitação sobre IB?

() Sim () Não

Como você avalia o tempo dispensado à capacitação?

Resposta: _____

Como você avalia os conteúdos trabalhados durante a capacitação?

Resposta: _____

Como você avalia a metodologia utilizada durante a capacitação?

Resposta: _____

Como você avalia a aplicação prática da IB junto aos indivíduos dependentes químicos atendidos no seu serviço proposta durante a capacitação?

Resposta: _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “A CONSTRUÇÃO DE UMA METODOLOGIA DE CAPACITAÇÃO SOBRE INTERVENÇÃO BREVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, de autoria de Antônio Henrique Mariano, aluno do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – Mestrado Profissional, de uma Universidade Pública do Paraná, orientado pela Prof.^a Dr.^a Lilian Denise Mai. O objetivo geral da pesquisa é construir uma metodologia de capacitação sobre Intervenção Breve na Atenção Primária à Saúde. Envolverá duas etapas, a primeira com a coleta de dados no CAPS AD da 19.^a Regional de Saúde, a segunda será a aplicação e validação da metodologia na Unidade Básica de Saúde / Estratégia Saúde da Família do Bairro de Marques dos Reis em Jacarezinho-Pr. Para isto, a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: participação na “Capacitação Sobre Intervenção Breve na Atenção Primária à Saúde”. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa, pois há a possibilidade de ocorrer qualquer tipo de desconforto, especialmente de ordem emocional diante das questões, ou, de disponibilidade de tempo para responder ao questionário. Assim, todas as informações serão prestadas para contornar ou diminuir tais desconfortos, inclusive, estabelecendo formas alternativas de comunicação e implementação da pesquisa, como o uso de tecnologias de informação remotas, caso as condições epidemiológicas da Covid-19 ainda assim o requererem no momento da coleta de dados. Informamos, ainda, que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os benefícios esperados da pesquisa envolvem produzir dados que motivem o interesse para que haja mais pesquisas sobre a temática; despertar a atenção de gestores, profissionais de saúde, usuários e estudantes em formação sobre a importância do acompanhamento do portador de Dependência Química; implantar a metodologia em âmbito da Atenção Primária à Saúde da 19.^a Regional de Saúde e, quiçá, do estado de Paraná, sendo garantido o anonimato dos participantes. É importante que fique ciente de que as informações fornecidas são consideradas estritamente confidenciais e serão divulgados apenas os resultados globais da pesquisa. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu, _____ (nome por extenso do participante da pesquisa), declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof.^a Dr.^a Lilian Denise Mai.

_____ Data: ___/___/_____

(Assinatura ou impressão datiloscópica)

Eu, _____ (nome do pesquisador que aplicou questionário), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data: ___/___/_____

(Assinatura do pesquisador)

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com os pesquisadores, conforme o endereço abaixo:

Nome: Lilian Denise Mai

Endereço: Av. Colombo, n.º 5790. Campus Sede da Universidade Estadual de Maringá (UEM),

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – Mestrado Profissional

Telefone: (0xx44) 3011-4510. E-mail: ldmai@uem.br

Nome: Antônio Henrique Mariano

Endereço: Rua Presidente Castelo Branco, n.º 788

Telefone: (0XX43) 991098984. E-mail: antoniohenriquemariano@gmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. UEM-PPG-sala 4.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3011-4444

Horário de atendimento: 2^a a 6^a feira, das 8h às 11h40 e 14h às 17h30.

E-mail: copep@uem.br

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MUNICÍPIO DE JACAREZINHO/PR

Email: secretariadesaudejac@gmail.com
Rua Paraná, 628 – Centro – Fone/Fax: (43) 3911-3040 - CEP: 86.400-000
CNPJ: 09.309.271/0001-06

AUTORIZAÇÃO

Vimos pelo presente, **autorizar** o senhor Antônio Henrique Mariano, portador do documento de identidade sob nº 4.521.860-0, e do CPF sob nº 719.677.619-49, residente e domiciliado em Jacarezinho/PR, a realizar um trabalho de capacitação e entrevista com os profissionais de saúde na Unidade Básica do Município com o tema “ **A CONSTRUÇÃO DE UMA METODOLOGIA DE CAPACITAÇÃO SOBRE INTERVENÇÃO BREVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**”, onde vai ser realizado na **Unidade USF – Hungria Pedrão – Marques dos Reis**, localizado na RUA WILLIE DAVIDS, nº 277 – Marques dos Reis.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para satisfazer maiores esclarecimentos que se fizerem necessários.

Jacarezinho, 03 de Fevereiro de 2021.


João Luccas Thabet Venturine
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B - PARECER



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A CONSTRUÇÃO DE UMA METODOLOGIA DE CAPACITAÇÃO SOBRE INTERVENÇÃO BREVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Lillian Denise Mai

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40816620.0.0000.0104

Instituição Proponente: CCS - Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.594.554

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

Construir e avaliar uma metodologia de capacitação sobre Intervenção Breve na Atenção Primária à Saúde (IB na APS). Objetivo Secundário: Investigar o perfil sócio-demográfico dos indivíduos atendidos no CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) em âmbito da 19ª Regional de Saúde, no período de 2016 a 2019; elaborar uma metodologia de capacitação sobre IB na APS; implementar a capacitação sobre IB na APS junto a uma ESF de um município eleito da 19ª Regional de Saúde; avaliar a metodologia de capacitação sobre IB na APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de resposta as pendências existentes no Parecer nº 4498832 de 14/01/2021, no projeto de pesquisa proposto pela pesquisadora Lillian Denise Mai, vinculada ao CCS - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá - UEM, enquanto orientadora de ANTONIO HENRIQUE MARIANO no Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Políticas

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 4.594.554

Públicas. A Dependência Química, Transtorno Mental classificado no CID-10 entre F-10 ao F-19, é um grave problema de saúde pública, atingindo outros ramos da sociedade como segurança pública, justiça, educação, assistência social e trânsito, além de incidir diretamente sobre as famílias. O alto consumo de drogas na atualidade, levando a índices epidêmicos, associado à dificuldade de acesso a tratamentos em liberdade e de compreensão por parte da população e profissionais de saúde quanto ao fenômeno do uso de drogas lícitas e ilícitas, são aspectos que motivam a presente pesquisa. O seu objetivo é construir e avaliar uma metodologia de capacitação sobre Intervenção Breve (IB) na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, descritivo-exploratória e aplicada, em âmbito da 19ª RS do estado do Paraná, entre janeiro a junho/21. A coleta de dados será em duas etapas: 1) em prontuários junto ao CAPS-AD Regional, sediado em Jacarezinho, para identificar o perfil sócio-demográfico dos indivíduos atendidos por dependência química de 2016 a 2019, mediante um instrumento próprio; 2) construção, aplicação e avaliação de metodologia de capacitação sobre IB junto a uma equipe da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa de caráter quanti-qualitativa, descritivo-exploratória retrospectiva e aplicada a ser realizada com 154 participantes. Será desenvolvida em âmbito da 19ª RS do estado do Paraná, mais especificamente com a RAPS, entre janeiro de 2021 e junho de 2021. A pesquisa quantitativa tem suas raízes no pensamento positivista lógico, enfatiza o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Já os estudos denominados qualitativos têm como preocupação fundamental o estudo e a análise do mundo empírico em seu ambiente natural. Nessa abordagem valoriza-se o contato direto e/ou prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo estudada. No trabalho de campo, os dados são coletados utilizando-se equipamentos como videoteipes e gravadores ou, simplesmente, fazendo-se anotações num bloco de papel. A pesquisa descritivo-exploratória objetiva descrever um determinado fenômeno, em que primeiramente é realizada uma aproximação do tema, a fim de criar maior familiaridade com o fenômeno/processo, o que é caracterizado como exploração. Após, é realizado um arrolamento das características que compõem o fenômeno/processo, geralmente desenvolvido por meio de levantamentos e observações sistemáticas, o que caracteriza a descrição. A pesquisa aplicada tem por objetivo gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos, envolvendo verdades e interesses locais. A coleta de dados envolverá duas etapas e será realizada de janeiro a maio de 2021. A primeira parte, de janeiro a março/21, envolverá a construção de um banco de dados a partir dos prontuários junto ao CAPS-AD Regional, com sede em Jacarezinho, com a finalidade de identificar o perfil sócio-demográfico dos indivíduos atendidos por

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 4.594.554

dependência química no serviço de saúde, desde a sua criação, compreendendo o período de 2016 a 2019. Para isso, será utilizado um instrumento elaborado para esse fim, priorizando os seguintes dados: sexo, idade, município de origem, diagnóstico médico (CID), ocupação, estado civil, data de entrada, forma de encaminhamento, data de saída, forma de saída, outros tratamentos para dependência química, retorno ao serviço entre outros. A segunda etapa envolverá a construção, aplicação e avaliação de metodologia de capacitação sobre IB na APS. Pautado em revisão de literatura sobre o tema, será construído o material didático pautado em metodologia ativa; será escolhida uma equipe de ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e psicólogo) de um município da 19ª RS para a intervenção, no caso, a equipe do Bairro Marques dos Reis (critérios de inclusão: encaminhamentos de pacientes ao CAPS-AD e aceite da equipe em participar; critério de exclusão: não aceitar participar); realização da capacitação pautada em metodologia ativa, com ênfase à vivência prática da equipe na aplicação da IB durante o processo de aprendizagem; aplicação de um instrumento de avaliação da metodologia após a capacitação. Com respeito aos princípios éticos, a pesquisa será desenvolvida de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os seguintes itens obrigatórios para projetos de pesquisa contida na Norma operacional 001/2013 -CNS contemplando as normativas vigentes como cronograma de execução, orçamento, folha de rosto, TCLE, projeto e autorizações necessárias, como autorização para entrevistar os profissionais do CAPS-AD e consultar prontuários dos participantes de pesquisa. Recomendamos que o pesquisador principal insira termo de compromisso explícito de que a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação do protocolo pelo Sistema CEP-CONEP, em obediência aos itens 3.3.f e 3.4.1.9.-Norma Operacional CNS Nº 001/2013. Salientamos que a pesquisadora deve assegurar que nem um dado coletado anteriormente a aprovação do projeto por este Comitê, seja utilizado na pesquisa, visto que a coleta se iniciaria em 3/2021.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela. Alerta-se a respeito da necessidade de apresentação de relatório final no prazo de 30 dias após o término do projeto.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 4.594.554

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1650514.pdf	18/02/2021 16:06:35		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RESPOSTA.pdf	18/02/2021 16:06:10	ANTONIO HENRIQUE MARIANO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AUEM1.pdf	15/02/2021 11:39:56	ANTONIO HENRIQUE MARIANO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	12/02/2021 15:04:11	ANTONIO HENRIQUE MARIANO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocopepassinada.pdf	25/11/2020 13:27:03	ANTONIO HENRIQUE MARIANO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGÁ, 16 de Março de 2021

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br