Saúde Mental, Álcool e Drogas: Iniciativas da Residência Multiprofissional Integrada na Atenção Básica[1]

Mental Health, Alcohol and Drugs: Initiatives Integrated Multidisciplinary Residency in Primary Care

Katiusci Lehnhard Machado

Psicóloga. Residente da Linha de Cuidado em Saúde Mental do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Endereço: Rua Visconde de Pelotas, nº 1899, aptº 402, Bairro N. Sra. de Fátima, CEP-97015-140 Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: klehnhard@yahoo.com.br

Marlene Gomes Terra

Doutora. Enfermeira Orientadora e Docente da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem e do PRMISPS da UFSM. Pesquisadora do GP – PEFAS da UFSM. Endereço: Rua Felipe dos Santos, nº 97, Bairro Duque de Caxias, CEP-97070-340 Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: martesm@hotmail.com.br

Fábio Becker Pires

Mestre e co-orientador. Tutor e Preceptor do PRMISPS da UFSM. Psicólogo do Hospital Universitário de Santa Maria. Endereço: Rua Sete, Parque da Colina, nº 47, Bairro Camobi, CEP- 97110785. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: fabiobpires@yahoo.com.br

Resumo

Este relato trata de vivências realizadas pelas profissionais residentes da Linha de Cuidado em Saúde Mental do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, durante o período de outubro de 2011 a janeiro de 2012. O artigo objetiva descrever e problematizar a intervenção que buscou mobilizar o envolvimento do papel da Atenção Básica (AB), em especial de uma Estratégia de Saúde da Família, no que se refere às questões sobre saúde mental, álcool e outras drogas. Para tanto, foi utilizada como estratégia a realização de oito encontros, com propostas que

[1]Artigo elaborado a partir do Projeto de Intervenção intitulado 'Rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas: desenvolvimento de estratégias de promoção de cuidado integral em saúde mental na atenção básica', registrado sob o número 0241.0.243.000-11 (CAAE-CEP-UFSM).

emergiram do desenvolvimento de uma pesquisa prévia, envolvendo os profissionais de saúde da referida unidade. Nesses encontros utilizaram-se registros de observações em diários de campo. Como resultados, constataram-se algumas dificuldades da equipe de Atenção Básica relativas a uma postura ativa na tomada de iniciativas para o desenvolvimento de estratégias de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que acolham e despertem uma politica de cuidado para a vida que culmine na produção de vínculos entre profissionais e usuários. Além disso, perceberam-se dificuldades dos serviços quanto ao estabelecimento de relações potentes, vivas e comprometidas com a construção de sujeitos sociais autônomos e protagonistas de seus projetos pessoais. Assim, torna-se importante fomentar ações na Atenção Básica por meio de um trabalho multiprofissional e intersetorial, no sentido de contribuir na busca por um atendimento integral em saúde mental e de qualidade ao usuário de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: Saúde Mental, Saúde da Família; Rede de cuidados continuados de saúde; Usuários de Drogas.

Abstract:

This experience report deals with experiences of residents conducted by professionals Line Mental Health Care in the Multidisciplinary Residency Program on Integrated Public Health System, Federal University of Santa Maria during the period October 2011 to January 2012. Aimed to describe and discuss the interventions that sought to mobilize the involvement of the role of primary care, especially for a Family Health Strategy, mental health, with regard to questions about alcohol and other drugs. For this purpose, we used a strategy of holding eight meetings with proposals that emerged from the development of a previous research, involving health professionals of the unit. These meetings were used to record observations in field diaries. As a result there was some difficulties AB team on an active role in taking initiatives for the development of strategies to care for the users of alcohol and other drugs, which accommodate and awaken a policy of care for life culminating in the production links between professionals and users. Moreover, establishing powerful relationships between services, movers, committed to the construction of autonomous social subjects and protagonists of their personal projects. It was concluded that it is important to promote actions in Primary Care by a multidisciplinary work, intersectoral in helping in the search for a comprehensive care in mental health and quality of the user of alcohol and other drugs.

Keywords: Mental Health, Family Health, Delivery of Health Care, Drug Users.

Introdução

Este relato apresenta ações realizadas a partir de iniciativas para fomentar práticas de saúde mental na atenção básica de um Projeto de Intervenção intitulado 'Rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas: desenvolvimento de estratégias de promoção de cuidado integral em saúde mental na atenção básica', oriundo da pesquisa 'Rede de Atenção a usuários de álcool e outras drogas: Percepção de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família'. Tal pesquisa foi desenvolvida pelas profissionais da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (PRMISPS/UFSM-RS), com ênfase na Linha de Cuidado Saúde Mental do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e se insere na linha de pesquisa 'Politicas e práticas de cuidado na saúde mental e dependência química das pessoas, famílias e sociedade'.

Ainda, envolvidas no cotidiano do trabalho nos serviços da psiquiatria do referido hospital, em especial o campo do Serviço de Recuperação em Dependência Química (SERDEQUIM) e Comissão de Saúde Mental, sentimos a necessidade de compreender a organização da rede de serviços de saúde mental, em especial do álcool e outras drogas, a qual o usuário percorre, antes e após a alta hospitalar. Nesse sentido, buscamos na pesquisa e na intervenção a interface com Atenção Básica (AB), na Unidade Estratégia da Saúde da Família São José do município de Santa Maria, RS.

Para tanto, usamos como pano de fundo, o movimento de transformação da assistência psiquiátrica no Brasil teve início a partir da década de 1970, quando as instituições psiquiátricas iniciam um processo de mudança na lógica de atenção, constituindo, assim a Reforma Psiquiátrica. Com isso, gradativamente aconteceria o início a um modelo substitutivo, centrado na comunidade e nas redes de atenção. Em consonância com o advento da Reforma Sanitária no Brasil, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) são estabelecidas as condições para a implantação de novas politicas de saúde, em especial a Politica de Saúde Mental.

Nessa perspectiva, a partir de 2002, o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o uso prejudicial dessas substâncias como importante problema da saúde pública. Sendo que o uso do tabaco, do álcool e das drogas ilícitas é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde entre os 20 maiores problemas de saúde no mundo (OMS, 2002).

Com a Portaria Nº 2197/2004 propõe-se a implantação de um programa de atenção para este público, que é composto pela AB, pelos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e

Drogas (CAPS AD), ambulatórios, unidades extra-hospitalares especializadas, atenção hospitalar de referência e suporte social, complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS (Merhy e Amaral, 2007).

A Politica de Saúde Mental em consonância com a Politica Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2004, 2011) incita práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde. Salienta-se que, pela proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de AB são estratégicas na construção de ações de saúde voltadas para prevenção de agravos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como de diversas outras formas de sofrimento psíquico. Ainda, a saúde da família (SF) tem poder de inserção maior no território que os CAPS (Lancetti e Amarante, 2009). E, mais, a experiência dessa relação entre saúde mental e SF, mostra-se como uma 'máquina terapêutica em constante movimento, e em constante metamorfose' (Lancetti, 2009).

Entretanto, a articulação da saúde mental com a AB, apesar de importante pode encontrar dificuldades, pois, na maioria das vezes, carece de recursos humanos ou capacitação destes, o que acaba por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes (Brasil, 2003).

Vale destacar que isso vem gerando questionamentos aos avanços da Reforma Psiquiátrica no contexto da problemática AB, a exemplo, as Unidades de Estratégia de Saúde da Família, que apesar das inúmeras contribuições em outras áreas de atenção à saúde, observa-se que a questão das drogas tem sido pouco abordada na prática profissional dos trabalhadores (Barros e Pillon, 2006). Dessa forma, torna-se imprescindível às equipes multiprofissionais de saúde perceberem os aspectos psicossociais que envolvem os usuários de álcool e outras drogas.

Por conseguinte, a justificativa à proposta de intervenção recai sobre a importância dessa temática para as relações sociais e de saúde pública, tendo em vista, estudos e pesquisas, tais como, o levantamento realizado pela Secretaria Nacional de Politicas sobre Drogas (SENAD. Ele mapeia o uso de drogas psicotrópicas no Brasil e aponta o aumento nas estimativas de uso na vida de álcool, tabaco, maconha, solvente, benzodiazepinicos, cocaina, alucinógenos, crack, entre outros, e a diminuição de opiáceos, anticolinérgicos, entre outros (BRASIL, 2009). E, ainda, nos resultados oriundos de nossa pesquisa, obtivemos a compreensão de uma rede de saúde mental frágil e fragmentada, atribuida pela falta de qualificação profissional e apoio especializado para as equipes de AB. Assim como a valorização de dispositivos comunitários desenvolvendo ações territoriais no contexto do uso

abusivo de álcool e outras drogas. Estes, a partir de sua ação terapêutica para familiares e usuários, são considerados substitutivos a serviços de referência em saúde mental como os CAPS AD. Da mesma forma, os resultados apontaram que as profissionais da AB têm pouca compreensão no que diz respeito às ações estratégicas necessárias para a reintegração social dos sujeitos, e, ainda não se acham capacitadas suficientemente para abordar tais tal questão nos núcleos comunitários onde estão inseridas.

Esse relato de experiência tem como questão principal: como implementar estratégias para o desenvolvimento de um cuidado integral em saúde mental na Atenção Básica, em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família em Santa Maria-RS? E, como objetivo descrever e problematizar a intervenção neste processo que buscou mobilizar o envolvimento do papel da Atenção Básica na saúde mental no que se refere às questões sobre álcool e outras drogas.

Percurso Metodológico

O presente estudo trata de uma intervenção vivenciada pelas Profissionais da Linha de Cuidado em Saúde Mental do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, durante o período de outubro de 2011 a janeiro de 2012.

O desenvolvimento da pesquisa juntamente com a intervenção são requisitos para a conclusão da formação dos profissionais do PRMISPS. Para tanto, há uma solicitação por parte da coordenação do curso que os residentes intercalem dois níveis do sistema, além do referido interesse em conhecer a organização da rede de atenção a álcool e outras drogas. Sendo assim, as profissionais (psicóloga, terapeuta ocupacional e a enfermeira) que estavam alocadas na atenção hospitalar desenvolveram seus estudos na Atenção Básica, em uma Unidade de Saúde da Família (USF).

O município de Santa Maria conta atualmente com uma rede de serviços de saúde mental para álcool e outras drogas que compreende: um ambulatório de saúde mental, dois CAPS AD, um CAPS II para transtornos psíquicos graves, um CAPS Infantil (CAPSi), um serviço de emergência psiquiátrica vinculado ao hospital geral público, as internações psiquiátricas do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e a Casa de Saúde, hospital filantrópico com leitos psiquiátricos contratados pelo estado.

Somam-se a isto, as Comunidades Terapêuticas na região, credenciadas pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Serviço de Dependência Química (SERDEQUIM/HUSM), grupos de apoio para dependência química, bem como as unidades de saúde da AB: 13

Unidades de Estratégia de Saúde da Família e 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS), totalizando 109 agentes comunitários de saúde (SMS-SM, 2011).

A partir da intersetorialidade, o município conta na Assistência Social com três Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e dois Centros Regionais Especializados de Assistência Social (CREAS). Além de outros grupos que trabalham com a temática das drogas junto às escolas e diferentes igrejas, porém sem um vínculo formal com a rede de saúde municipal.

A escolha da USF 'São José', cenário de desenvolvimento da intervenção, aconteceu por ser campo de prática de residentes multiprofissionais do PRMISPS, e por ter sido desenvolvida, pelos autores deste relato, uma pesquisa qualitativa previamente à intervenção. Essa unidade localiza-se no município de Santa Maria, região central do Estado do Rio Grande do Sul e tem uma população aproximada de 261 mil habitantes (IBGE, 2010). Está dividido em regiões administrativas quais sejam: Norte, Nordeste, Sul, Leste, Centro Leste, Oeste, Centro Oeste e Distritos, Arroio do Só e Pains, (SMS-SM, 2011).

Assim sendo, fomos ao primeiro encontro, em uma reunião de equipe para apresentarmos nossas propostas, pesquisa e anunciar o desenvolvimento posterior da intervenção. Nesse momento, foi apontado pela equipe certo cansaço em participarem somente de pesquisas oriundas das instituições de ensino, sem que os resultados fossem compreendidos em sua com o serviço. Com isso, foi valorizada a intervenção posterior à aplicação da pesquisa, pelo significado que teria para a equipe.

Com os resultados da pesquisa, encaminhamos o Projeto de Intervenção para o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) da Secretaria de Município de Saúde (SMS), órgão responsável, entre outras atribuições, pelo vínculo entre serviço e ensino no âmbito municipal.

Dessa forma, organizamos o desenvolvimento de encontros com a equipe durante dois meses, com dois turnos semanais em cada um dos meses, dispondo-nos, ainda, para mais turnos, dependendo do desenvolvimento das atividades. Assim, com no mínimo quatorze encontros pretendíamos dar conta do planejamento realizado.

Conforme salientado, nosso interesse era de que os encontros da intervenção se desenvolvessem com toda equipe (enfermeiras, técnicas de enfermagem, agentes comunitárias de saúde (ACS), odontóloga e auxiliar de consultório odontológico, uma médica generalista), pois distintas sugestões levantadas implicavam envolvimento de todos.

Em virtude disso, foi pactuado com as profissionais que alguns encontros ocorreriam no segundo momento das reuniões de equipe, que aconteciam uma vez na semana, no turno da tarde, e os outros encontros com uma parte da equipe, no horário de atendimento da Unidade à comunidade. Portanto, não contaria com toda a equipe, pois esta estaria envolvida com as práticas cotidianas de trabalho.

Entretanto, à demanda de envolvimento das ACS em capacitações de saúde (programadas pela SMS) e confraternizações de final de ano, fez com que realizássemos apenas um encontro no primeiro mês. A preocupação com o atraso na conclusão do trabalho nos levou a contatar novamente o NEPeS. Nesse momento, os seus representantes compreenderam a importância de encaminharmos o projeto para as responsáveis técnicas do município pelas Políticas de AB e Saúde Mental para que definissemos juntos os encaminhamentos de tal situação.

Na sequência, conversamos sobre importância da realização do Projeto de Intervenção na USF, tendo em vista o momento que a saúde mental do município se encontrava, ou seja, iniciativas de desenvolvimento de ações de saúde mental em algumas UBSs e ESFs. Todavia, ao entender que o trabalho em saúde precisa estar alicerçado e articulado com a gestão das políticas públicas, apontamos para o desenvolvimento de determinadas propostas entrelaçadas à gestão, e em outros cenários da AB.

As residentes sugeriram que a intervenção contemplasse o desenvolvimento de dezoito propostas. No entanto, previamos a inviabilidade ao desenvolvimento, determinada pelo curto espaço de tempo, ou seja, oito encontros, em um mês, pois não teria como haver liberação de carga horária para equipe da USF além do já disponibilizado para as reuniões. Com esses esclarecimentos acordados, as responsáveis técnicas do município pelas Políticas de Atenção Básica e Saúde Mental foram até a Unidade para reafirmar esta pactuação com a equipe da AB.

Após, as residentes apresentaram as dezoito propostas, as quais foram redefinidas com a equipe, e resultou para o momento da intervenção em dez, sejam elas: o fluxograma da rede de atenção integral em saúde mental, o conhecimento dos serviços de saúde mental do município, a realização de encontros entre os serviços de saúde mental, a aproximação de trabalhadores da rede de saúde mental que trabalham com a perspectiva de redução de danos, com a equipe da ESF São José e Apoio Matricial em saúde mental. Ainda, está a mobilização de lideranças comunitárias, a fim de fortalecer o acolhimento da temática do álcool e outras drogas no espaço do território, o estimulo ações de geração de renda, o trabalho de Grupo de

Apoio em dependência química, a organização de um protocolo municipal de receitas psiquiátricas, a Educação Permanente em Saúde com a equipe e a realização de encontros para abordar a questão do alcoolismo feminino e as questões de gênero como determinantes do processo saúde-doença de mulheres e homens.

Tais propostas foram desenvolvidas em oito encontros, do total, quatro com toda a equipe e outros quatro com parte dela (ACS, enfermeiras e técnicos de enfermagem), pois no horário previsto, ela estava envolvida com suas atividades da Unidade.

Salientamos que a estruturação da metodologia de toda a intervenção aconteceu a partir das demandas levantadas na pesquisa realizada previamente ao Projeto de Intervenção, da mesma maneira, procuramos valorizar as necessidades que a equipe de AB pontuou em cada encontro. Esses encontros eram pautados por momentos de discussão, reflexão e ação sobre cada uma das propostas.

Nessa perspectiva, buscamos o envolvimento e participação ativa das pessoas inseridas naquela realidade, pois ela é complexa e exige que seja tecida em conjunto (Morin, 2005). Assim, compreendemos que nosso papel seria o de fomentar junto com a equipe estratégias na relação entre AB e SM, bem como pensar em dispositivos disponíveis na rede de atenção de álcool e outras drogas que dessem conta de fortalecer esta relação.

Para a finalidade desta escrita, as dez propostas de trabalho serão divididas e alocadas em três eixos temáticos: rede, ações no território, educação permanente em saúde, que estão descritos no tópico a seguir.

Relatando a experiência

Através da intervenção procuramos gerar reflexões sobre a questão das drogas, a fim de mobilizar um olhar diferenciado no que tange às relações entre profissionais e usuários. Somado a isso, mobilizar, minimamente, a inserção da temática nos processos de trabalho da USF, através da busca de estratégias de trabalho em saúde que englobem as questões de saúde, direitos e cidadania dos sujeitos envolvidos como forma de ir ao encontro do preconizado nas politicas públicas dirigidas a usuários de drogas.

O desafio de formar uma rede viva no cuidado em saúde mental

Com relação à 'rede', emergiu dos achados da pesquisa a questão da fragmentação da rede, a busca das profissionais por informações e as dificuldades na comunicação entre o trabalho da rede básica com os serviços de referência em saúde mental.

Com isso, nesse eixo rede ficam as seguintes propostas: o fluxograma da rede integral em saúde mental, o conhecimento entre os serviços de AB e apoio especializado, o apoio

matricial em saúde mental, o protocolo de receitas e a aproximação dos trabalhadores da rede de saúde mental, que trabalham com a perspectiva de redução de danos.

Com relação à criação do fluxograma da rede de atenção integral em saúde mental, entendemos que a realização de um o fluxo acessível favoreceria aos trabalhadores da equipe de saúde da família pensar o processo de trabalho na perspectiva de redes de cuidado.

Essa talvez tenha sido uma das propostas que despertou no grupo maior interesse. Parece que a ideia de ter um papel que demonstre o fluxo denotou uma sensação de resolução dos problemas para os encaminhamentos dos usuários da saúde mental. Entretanto, tentamos levantar na discussão, que somente montar um organograma dos serviços especializados, muitas vezes, poderia não dar conta de algo que a pesquisa apontou claramente, uma cultura não comunicacional.

A equipe percebe através dos contatos com as famílias nas visitas domiciliares, que muitos serviços já trocaram de espaço físico, mudando assim, seu endereço, bem como a mudança nos dias de acolhimento de usuários. Todavia, essas mudanças são vistas com o tom de crítica por ela, que talvez não se sinta suficientemente incluída nesse processo, chegando a impor que é o serviço especializado que deveria contatá-las à medida que haja alguma transformação na organização do mesmo.

Sendo assim, a equipe evidencia que há uma fragmentação na rede, principalmente no aspecto comunicacional, no entanto parecem ocupar uma posição de passividade demonstrada através da espera por uma ligação de um serviço ou da construção de um papel com a descrição destes serviços de referência. A noção de rede remete a várias concepções e significados e está presente em quase todos os sentidos a idéia de conexão, entrelaçamento, comunicação (Lima; Machado apud Oliveira, 2009).

A compreensão de rede envolve um conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam indivíduos, à medida que se percebe o poder da cooperação como atitude que enfatiza pontos comuns em um grupo para gerar solidariedade e parceria (Duarte, 2010). A adoção de redes de cuidado, como organizadoras do trabalho sanitário. Além disso, as ações e serviços de saúde pressupõem conexões e comunicações. O funcionamento em rede é fundamental para desempenho do SUS (Ceccim e Ferla, 2006).

Desse modo, compreendemos que um serviço de saúde está integrado numa rede, quando ele não consegue resolver sozinho as demandas. Isso significa que precisa contar com o apoio de outros serviços e/ou setores, assim como outras redes que se articulam com o setor saúde. As redes de cuidado se organizam com grande capacidade de interlocução, negociação,

associação fina da técnica com a politica, ou seja, a em sua organização há implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais (Lima; Machado apud Oliveira, 2009).

Na tentativa de movimentar no grupo uma postura mais ativa na montagem do fluxograma, tomando como base o já existente da rede de atenção à saúde mental, construido pela Comissão de Saúde Mental do Municipio de Santa Maria/RS, com o objetivo de padronizar as informações de referência e contrarreferência dos serviços de saúde mental e aos que se atravessam a ele, estimulamos algumas mudanças no fluxograma, visando contemplar a realidade local e, também para movimentar a lógica instituida, dificuldade na comunicação entre o serviço.

Com isso, a construção desse fluxograma necessitou começar não pelo rabisco no papel, e sim, pelo estimulo e contato da equipe da AB com os serviços que o comporiam o Fluxo. Pois, foi definido no coletivo que além do nome dos serviços de referência, esse constaria os nomes dos profissionais, o dia de acolhimento e o endereço de cada serviço, bem como a rede territorial, a composição intersetorial no processo de produção de saúde a que a AB se liga.

Percebemos que esse movimento ativo gerou um primeiro impulso de dúvida na equipe quanto a não saber como fazer, ou o que falar nos contatos telefônicos realizados. Em virtude disso, a dúvida foi discutida e posta em análise na direção de problematizar a situação de como lidar com as relações de distanciamento instituidas.

Nesse viés, observamos que a continuidade do cuidado depende da articulação entre AB e saúde mental e, isso contribui para a melhoria da assistência prestada e ampliação do acesso da população aos serviços. Da mesma forma, permite a inclusão do usuário; e, que este tenha conhecimento da estrutura do serviço e da rede assistencial, visando ser uma pessoa conhecedora, participante e influente dessa rede (Ceccim, 2005).

Consoante a isso, a equipe da AB caminha na direção da compreensão que o objeto do campo da saúde não é a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção de cuidado. E, é por meio desta que se acredita poderá atingir-se a cura e a saúde, que são de fato os objetivos que desejamos chegar através das ações das equipes (Merhy e Amaral 2007). Com essa compreensão nos questionamos: como os serviços se corresponsabilizam no percurso do usuário pela rede de saúde mental promotora de saúde e de sujeitos? E, como eles compartilham desses cuidados sintonizados com estratégias de combate à desqualificação da vida?

É importante salientar que o desenvolvimento das propostas, o conhecimento sobre os serviços de saúde mental do município e a aproximação da equipe da USF com os profissionais da rede de saúde mental que trabalham com a perspectiva de redução de danos. Para a primeira, buscamos instigar na equipe o vínculo e o conhecimento das condutas terapêuticas realizadas pelos serviços de referência em saúde mental. Com a segunda, visamos uma maior clareza na direção ao jeito de olhar para a questão das drogas, tendo em vista a compreensão de que a equipe acredita na necessidade de informações sobre a redução de danos.

Convém destacar que nessas duas houve dificuldades no desenvolvimento das ações. No momento de discussão junto à equipe justificou que no momento seria difícil trabalhá-las, pois alguns profissionais se encontravam em férias. Isso impossibilitaria a visita aos serviços, bem como de recebê-los na USF, pois contaria com a participação de poucos profissionais. Acreditaram que este não era o momento ideal. Porém, observamos que a dificuldade apontada ainda era em decorrência ao campo da aproximação, da disposição de sair de si mesmo (Morin, 2000) a fim de implicar-se na criação um vínculo inédito numa relação entre os serviços, sem potência.

Nesse contexto, a discussão caminhou no sentido de disparar nela uma vontade de conhecer melhor as condutas terapêuticas dos serviços de referência, que são conhecidas por essa, através da escuta e diálogo com o usuário, ferramenta essencial no trabalho em saúde. Tais condutas estão sendo compreendidas por ela como insuficientes e, ainda, que não conseguem atingir uma proposta terapêutica próxima às necessidades do usuário. Nessa direção, explicitam que o trabalho em saúde precisaria estar pautado na afirmação da vida (Lancetti, 2009; Ceccim, 2006).

Ao encontro dessa noção, a Redução de Danos tomada pela política do cuidado e de ampliação da vida, "é necessariamente uma prática que se opera na contramão de práticas instituídas e ancoradas na ordem dominante" (Lancetti, 2009, p. 80). A abordagem da redução de danos oferece-se como um caminho, e, não como excludente de outros. Ela valoriza a singularidade de cada usuário e traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência, como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida (Brasil, 2003).

Implica, ainda, por um lado, ampliar o grau de liberdade com quem está se tratando. E, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário e a de outra que a ele se liga e pela que nele se expressa (Brasil, 2003). Assim, a rede se faz de uma

construção permanente de cidadania, que implica uma mudança na cultura da atenção aos usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2004).

Frente ao distanciamento dos serviços referidos, como promover encontros potentes, caminhos no cotidiano de trabalho que se entrelacem na vida dos sujeitos e que produzam a afirmação da vida e do cuidado, assim, ancorados na construção de uma direção comum, que crie um impulso, uma potência de envolvimento. E, ainda, que permitam uma rede de apoio, de suporte entre si, onde a diferença profissional e pessoal de cada membro da equipe possibilite vínculos e olhares diferentes sobre o sujeito. Essas diferenças permitem enxergar caminhos para o projeto terapêutico, caminhos que, de maneira isolada, dificilmente seriam encontrados (Brasil, 2004). Com isso, as ações em saúde mental necessitam propor-se a romper com práticas fragmentadas e que gerem alienação e desmobilização dos profissionais da saúde, e que tendem a fragilizar o envolvimento dos profissionais de saúde com os usuários.

A proposta sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental foi construída diante da importância de pensar casos de saúde mental a partir de uma lógica de compartilhamento e corresponsabilização entre os serviços. Ainda, sinalizamos a relevância de discutir a forma de fazer a clínica, bem como, intervenções singulares voltadas para os sujeitos, usuários da saúde.

Salienta-se que no município os CAPS até o ano de 2009 desenvolviam com a AB, o Saúde Mental na Roda, metodologia de ação organizada através da Comissão de Saúde Mental, que se constituiu desde maio de 2005, com o objetivo de aproximar a saúde mental da atenção básica, envolvendo todos os Serviços de Saúde municipais e as instituições formadoras (Ramos, 2009).

Sendo assim, quando no momento de discussão sobre a ferramenta de apoio em saúde mental, a equipe em todos os momentos fez referência a esse momento de trabalho em que o Saúde Mental na Roda era realizado. No entanto, não conseguem definir os motivos que levaram o término do trabalho, tampouco, porque não tiveram força suficiente para mantê-lo ativo, já que o consideravam estratégico para seus processos de trabalho.

Na intervenção, utilizamos um texto para embasar as reflexões e as ações no campo de atuação da equipe. Os referidos autores, ao descreverem os diferentes fatores que dificultam organizar o trabalho voltado para o acolhimento e o tratamento do usuário no que diz respeito à saúde mental na atenção básica (a falta de preparo técnico do profissional, e as precárias condições de trabalho), apontam algumas boas práticas em saúde mental nesse contexto: o

acolhimento, a avaliação de risco, análise da demanda, intervenções breve na crise, uso racional de medicações. Ainda, que o desenvolvimento destas poderá ser viabilizado através do trabalho do apoio matricial (Campos e col, 2010).

A equipe, ao se questionar, depara-se com um cotidiano que parece não contemplar a saúde mental, no que se refere à organização da demanda, ao planejamento terapêutico, à escuta singular, apesar de valorizada enquanto discurso, ao distanciamento da gestão nas ações de saúde. E, ainda, demonstram que as ações assistenciais curativas acabam se sobrepondo no processo de trabalho.

Parte-se da ideia de que o trabalho em saúde, e em especial saúde mental, exige comprometimento e implicação com a vida das pessoas no contexto em que vivem e se relacionam. Para tanto, sugere-se a incorporação da ideia de apoio matricial e equipe de referência[2], que objetivam ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. E, então, juntos conhecem os usuários que estão sob o seu cuidado, favorecendo a construção de vínculos terapêuticos e responsabilização das equipes.

A proposta de organizar um protocolo municipal de receitas surge frente aos resultados referentes à pesquisa, bem como com a problematização da equipe, na intervenção, sobre excesso de pessoas que vão à Unidade apenas demandando uma prescrição medicamentosa.

A partir dessa demanda, a equipe sugeriu que houvesse o envolvimento da gestão na discussão e construção de uma ação mais ampla e efetiva, pois acredita que tal questão diga de toda a organização da rede municipal. Com a presença da representante técnica da saúde mental do município definiu-se a realização de uma reunião com os psiquiatras da rede de saúde mental, com objetivo de levantar algumas direções com relação às demandas por atendimento psiquiátrico, bem como prescrições de medicamentos e encaminhamento de um fluxo à AB.

Posteriormente, a realização de uma reunião com os clínicos das Estratégias de Saúde da Família e UBS, para afinar a comunicação e estabelecer a metodologia de um trabalho em conjunto. Esse encontro contou com a participação ativa da médica generalista nas discussões, que ao levantar preocupações éticas e de cuidado em saúde, movimentou no grupo questões referentes aos temas: cultura de uso e abuso de medicamento na contemporaneidade e sua

[2] A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários (Campos, 2007, p. 400).

relação com o uso de drogas ilícitas, a dificuldade atual de diálogo entre as pessoas, e, possivelmente afeta o uso de medicações.

Todavia, a preocupação ética da equipe precisa ser valorizada, e nesse sentido, a organização de um fluxo que mantenha a equipe ativa, integrada na rede de atenção especializada, mas, sobretudo, participativa no processo mobilizador de práticas menos medicamentosas, de promotoras de cuidado singulares, longe de uma linearidade.

O território como campo potente de ações em saúde mental

No eixo "ações no território", as propostas contemplaram o estímulo ao papel ativo da comunidade nas ações para a saúde, entendendo-os como coprodutores de todos os aspectos que envolvem a sua saúde e o desenvolvimento de um Grupo de Apoio para Dependência Química.

Para tal, propomos a mobilização comunitária, por meio das lideranças comunitárias, a fim de organizar ações em saúde mental no território e valorizar o papel da comunidade nesse processo. Esta proposta requeria o trabalho ativo das ACS, tendo em vista que elas são as principais agentes de territorialização, podendo definir e direcionar o viés dessa intervenção. Entretanto, não foi possível a realização efetiva dessa proposta em virtude do período de férias das lideranças comunitárias e de muitas ACS.

A equipe da USF observa naquele território algumas lideranças ativas nas questões que envolvem a busca de direitos habitacionais, de saneamento básico e infraestrutura local. Também, acredita que poderiam se engajar em intervenções comunitárias sobre a temática de saúde mental. Para tanto, nas discussões elencamos exemplos bem sucedidos de Associações Comunitárias, Controle Social e Associações de Familiares.

Em consonância, a participação comunitária assegurada pela Constituição Federal e regulamentada pela Lei Nº 8.142/90, ocorre mediante a participação dos segmentos sociais organizados nas Conferencias e Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo (Brasil, 1990). Essa diretriz constitucional traduz o anseio dos atores sociais por uma democracia participativa em que os cidadãos influenciam de maneira decisiva a definição e execução da política de saúde (Vasconcelos e Pasche, 2006). Dessa forma, as pessoas têm importante papel tanto nas direções das políticas públicas como em projetos terapêuticos que correspondam as suas demandas de saúde e de vida. Dentro dos espaços comunitários a circulação de ondas de cooperação sanitária precisa fazer sentido para quem habita o território.

Diante disso, urge compor um modelo de atenção à saúde, tendo na participação comunitária uma ferramenta importante na direção da construção de um amplo repertório de recursos comunitários, diversificados, articulados, uma base territorial que auxilie as pessoas a conquistarem gradativamente novos patamares de existência subjetiva (Dalmolin, 2006).

Ainda, nas ações no território, buscamos a proposta de incentivar o desenvolvimento de grupos de apoio, através da articulação com o Centro Regional de Referência (CRR/UFSM) e o SERDEQUIM/HUSM. Esta proposta surgiu tendo como um dos pontos importantes da intervenção promover a comunicação e articulação entre os serviços, SERDEQUIM, onde estávamos alocadas ao local da intervenção, USF.

Desde nossa inserção como residentes no SERDEQUIM, tivemos a oportunidade de desenvolver grupos quinzenais com a equipe que apontava a importância em não centralizar algumas de suas ações no hospital. Um exemplo disso são os grupos de apoio desenvolvidos naquele serviço. Com isso, e pautadas na Reforma Psiquiátrica, que propõem abandonar a centralidade do hospital psiquiátrico rumo a um trabalho prioritariamente extra-hospitalar de base comunitária (Dalmolin, 2006). Observou-se no campo de atuação da AB uma via de fomentar a prática de grupo, já que muitos usuários da internação vivem naquele espaço territorial. Assim, flexibilizamos "o espaço fechado e imóvel do hospital para o terreno potente, vivo" (Palombini, 2009, p.24).

Isso mostra o comprometimento da equipe do SERDEQUIM no momento em que compreende a importância de facilitar o acesso ao tratamento para usuários de álcool e outras drogas e busca fomentar parcerias para a ação proposta.

Nesse aspecto, é interessante salientar que o trabalho em grupo de apoio tem se mostrado um recurso terapêutico interessante no tratamento do álcool e outras drogas. De tal modo que em grupo pode-se direcionar o usuário a novas perspectivas de relacionamento interpessoal, inclusive, ser um grande catalisador de seu sofrimento, transformando-se na direção a novos horizontes.

A intenção da equipe do SERDEQUIM nesse encontro foi apresentar a dinâmica e metodologia de Grupo de Apoio, junto à compreensão da importância de facilitar o acesso do usuário na busca de fortalecer vínculo entre estes e serviços de saúde. Entretanto, a equipe se sente insegura para iniciar a construção dessa relação e assumir um grupo no território. Apesar da morosidade da incorporação da saúde mental na AB, acredita-se nessa ação. Contudo, como criar processos democráticos e participativos que promovam o engajamento dos profissionais na direção de ofertas de atenção com qualidade?

Educação Permanente em Saúde uma via importante na construção práticas educativas em saúde mental e processos de trabalhos.

O terceiro eixo de propostas diz respeito às ações de "Educação Permanente em Saúde", com o objetivo de incitar nos processos de trabalho da equipe a abertura para discutirem sobre os aspectos técnicos e teóricos do campo da saúde mental. Realizamos um encontro voltado para a discussão sobre um material de apoio teórico, elaborado por nós, no formato de textos e confeccionado pela coordenação da Politica Municipal de Saúde Mental.

Percebemos com esta proposta o envolvimento da equipe nas discussões, revelando que o tema sobre álcool e outras drogas é vivo naquele cenário. A partir de um campo teórico conseguiram colocar em análise demandas de saúde mental do cotidiano de cuidado, assim elucidando os caminhos possíveis e resolutivos. A equipe da AB demonstrou um conhecimento teórico, porém, apresenta dificuldades em relação a um campo de práticas, bem como do encontro de uma direção comum do cuidado entre os serviços de saúde. Com isso, deparamo-nos diante de um desafio! Novamente a aproximação entre os serviços. Nesse sentido, qual a inserção da gestão? Acreditamos na organização de politicas gestoras que favoreçam os encontros entre equipes e que deem subsidios metodológicos, teóricos, mas, sobretudo, que estabeleçam uma cultura relacional e comunicacional entre estes.

Através da Educação Permanente em Saúde, que pode ser definida como o processo educativo coloca-se o cotidiano do trabalho ou a formação em saúde em análise. Ela se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde busca a atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes subsidios teóricos, metodológicos, cientificos e tecnológicos disponiveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta (Cecim, 2005).

Na última proposta, a fim de que os textos trabalhados ficassem disponiveis na USF, enquanto material de apoio, reunimos e montamos uma pequena biblioteca. Imaginamos que ter uma série de materiais teóricos disponiveis não irá transformar a cultura da equipe, ou ocasionar mudanças no processo de trabalho, entendemos que esse movimento é bem mais complexo. Entretanto, a acessibilidade ao material teórico para consulta, a reflexão poderá na equipe, lentamente, promover a inclusão da temática no cotidiano.

Com isso, buscamos junto ao material da biblioteca, organizar a compilação de todas as propostas em um Caderno de Propostas, também impresso pela gestão municipal. Esse

Caderno com as propostas, ou seja, as dez trabalhadas com a equipe, na intervenção, mais as oito não trabalhadas, totalizando dezoito propostas, as quais contêm justificativa, referencial teórico e dinâmica de operacionalização de cada uma delas, para que a equipe pudesse, no momento em que se sentir mais segura, desenvolvê-las. Para tanto, salientamos a necessidade do envolvimento da gestão no sentido de problematizar e ativar o tema no contexto da AB, bem como dar o suporte a equipe.

Salienta-se que a gestão, através das coordenadoras da Politica Municipal de Saúde Mental e da Atenção Básica, entendeu que o momento é de tentar efetivar na AB algumas das propostas sugeridas, tais como a biblioteca, a organização de um protocolo de receitas especializadas, a descentralização da prática de grupos na AB.

Considerações finais

As politicas de AB e saúde mental têm afinado suas práticas pautadas na atenção e no cuidado a partir de e com o espaço territorial onde os sujeitos vivem. Ainda, articulam-se em redes ampliadas de serviços de saúde e intersetoriais. Contudo, o tema álcool e outras drogas têm sido pouco trabalhados na prática dos profissionais em saúde, principalmente na AB. Isso gera o reforço por cuidados centralizados na atenção hospitalar, assim, retorna-se a um processo de reafirmação da psiquiatrização da loucura, agora voltado para a questão do uso abusivo de drogas.

Diante desse contexto, impõe-se nossa experiência de intervenção que buscou mobilizar o envolvimento do papel da AB, em especial uma equipe de SF às questões sobre uso abusivo de álcool e outras drogas na direção de um cuidado integral em saúde mental. No entanto, observamos que a AB não tem sido bem sucedida em favorecer o acesso e o cuidado de seus usuários no seu campo de atuação.

Na realização dessa intervenção, observamos algumas dificuldades da equipe de AB relativas a uma postura ativa na tomada de iniciativas para o desenvolvimento de estratégias de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que acolham e despertem uma politica de cuidado para a vida. Além disso, que produzam vinculos entre profissionais e usuários, e estabeleçam entre os serviços relações potentes, vivas e comprometidas com a construção de sujeitos sociais autônomos e protagonistas de seus projetos pessoais e coletivos.

Desta forma, impõem-se o desafio da consolidação de uma rede de atenção à saúde mental, capaz de oferecer acolhimento, referências, possibilidades de tratamento e liberdade para os sujeitos (re) inventarem suas vidas, a partir do contexto de vida comunitário em que

está implicado (Palombini, 2004). E, possibilite criar forças, impulso para produzir a complementaridade entre a rede básica e os serviços de referência em saúde mental.

Por fim, consideramos que a intervenção desenvolvida, pelas profissionais residentes, possa suscitar na equipe de SF reflexões sobre a questão das drogas na direção de um olhar diferenciado no que tange as relações entre profissionais e usuários. Acreditamos também que fomentar ações na AB através de um trabalho multiprofissional, intersetorial, contribuirá na luta por um atendimento integral em saúde mental e de qualidade ao usuário de álcool e outras drogas, reforçando os direitos e a cidadania dos sujeitos envolvidos.

Referências

BARROS, M. A. de; PILLON, S.C. Programa Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 01, p. 144 – 49, 2006. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/revisao_02.htm>. Acesso em 19 de jan de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em 21 de fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Politica de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um Paradigma Éticoestético no Fazer em Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Politica Nacional de Humanização. 1. ed. Brasília- DF, 2004. (Série B. Textos básicos em Saúde).

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488 de 28 de outubro de 2011, Brasília, DF. 2011. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2488_21-out-11_politica_atencao.pdf >. Acesso em: 22 jan. 2012.

_____. Secretaria Nacional de Politicas sobre Drogas. Relatório Brasileiro sobre Drogas. – Brasília: SENAD, 2009. Disponível em

http://.www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf. Acesso em 02 abr de 2012.

CAMPOS, G. W. de S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,v. 23, n.2, p. 399-407, fev, 2007.

CAMPOS, R. O; GAMA, C.. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, Andre Vinicius Pires (org). Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 2 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

CECIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Org.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2006.

DALMOLIN, B. M. Esperança Equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psiquico. Rio de Janeiro: Ed.: Fiocruz, 2006.

DUARTE, C. E; MORIHISA, R. S. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. Prevenção ao uso indevido de drogas. – 3. ed. – Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Politicas sobre Drogas – SENAD, 2010.

IBGE-CIDADES [internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidade/topwindow.html>. Acesso em: 18 de fev. 2012.

LANCETTI, A; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W de Souza. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 615-34.

LANCETI, A. Clínica Peripatética. 4. ed. São Paulo: Hucitec. 2009. p. 77-85.

MERHY, E. H.; AMARAL, H. (Orgs.) A reforma psiquiátrica no cotidiano II. 1. ed São Paulo: HUCITEC, 2007. (Série Saúdeloucura; 22)

MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MORIN, E. A inteligência da complexidade. São Paulo: Petrópolis, 2000.

OLIVEIRA, R. G.(Org.). Qualificação de Gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

PALOMBINI, A. L., e col. Acompanhante Terapêutico na rede pública: a clínica em movimento. Porto Alegre: Editora da Ufrgs, 2004. p. 23-41.

RAMOS, Luciane Silva Entre Fios e Dobras: o tecer da reforma psiquiátrica no município de Santa Maria. Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria, 2009.

SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE. Dados sobre as Unidades de Saúde do Município. Santa Maria, 2011.

VASCONCELOS, CM; PASCHE, DF. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p. 531-62.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Redução dos Riscos, promover uma vida saudável. O Relatório Mundial de Saúde. Genebra, 2002.