

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**REDES DE CUIDADO: UM DESAFIO NA ATENÇÃO A USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Laura Ferreira Cortes

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

REDES DE CUIDADO: UM DESAFIO NA ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Laura Ferreira Cortes

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Saúde Mental**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marlene Gomes Terra

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em
Sistema Público de Saúde

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

REDES DE CUIDADO: UM DESAFIO NA ATENÇÃO A USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Elaborado por
Laura Ferreira Cortes
como requisito parcial para obtenção do grau de
ESPECIALISTA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO SISTEMA
PÚBLICO DE SAÚDE, ÊNFASE SAÚDE MENTAL

Comissão Examinadora:

Marlene Gomes Terra Dr^a. (UFSM)
(Presidente/orientadora)

Terezinha Heck Weiller Dr^a. (UFSM)

Adriana Rodrigues Krum Esp. (SMS)

Adão A. da Silva Ms. (UFSM-HUSM)

Santa Maria, 22 de março de 2012.

REDES DE CUIDADO: UM DESAFIO NA ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Laura Ferreira Cortes¹, Marlene Gomes Terra², Fábio Becker Pires³

RESUMO

Compreender como se articulam os serviços de saúde mental, em especial rede álcool e outras drogas, junto a profissionais do território das Estratégias de Saúde da Família constitui-se um importante sinalizador para a atenção à saúde mental e à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este estudo trata de uma pesquisa qualitativa com método descritivo-exploratório, na qual a coleta de dados ocorreu por meio de grupo focal com dez profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família de Santa Maria- Rio Grande do Sul, em 2011. Os dados foram analisados pela Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo (2010). Os resultados evidenciaram que a desarticulação dos serviços de saúde mental é um fator limitante à composição de uma rede de cuidado, bem como ao acesso pelos usuários. As barreiras para o acesso dos usuários são determinadas pela dificuldade de acolhimento nos serviços de saúde e reprodução do modelo hegemônico que prioriza os encaminhamentos aos serviços especializados. Ademais, a insuficiente qualificação para o trabalho em rede de cuidado sinaliza limitações para atuar conforme os pressupostos e diretrizes da atual Política Nacional sobre Drogas, apontando para a necessidade de apoio matricial em saúde mental. Destaca-se com este estudo a urgência de repensar as práticas de cuidado de modo a (re)organizar a maneira como os serviços se estruturam, a fim de compor uma rede de cuidado em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde mental, Saúde coletiva, Rede de cuidados continuados à saúde, Usuários de drogas.

ABSTRACT

Understand how to articulate the mental health services, particularly network alcohol and other drugs, together with professionals from the territory constitutes an important indicator for mental health care and the Brazilian Psychiatric Reform. This study is a qualitative research method is exploratory-in which the data was collected through focus group with ten employees of a Health

¹ Enfermeira. Residente da Linha de Cuidado em Saúde Mental do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (PRMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedades (GP-PEFAS) e do Núcleo de Estudos sobre Mulheres Gênero e Políticas Públicas da UFSM.

² Enfermeira. Orientadora. Docente Doutora da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem e do PRMISPS da UFSM. Pesquisadora do GP – PEFAS da UFSM.

³ Psicólogo Mestre do Hospital Universitário de Santa Maria. Co-orientador. Tutor e Preceptor do PRMISPS da UFSM. Membro do GP – PEFAS da UFSM.

Strategy for the Family of St. Mary-Rio Grande do Sul, in 2011. Data were analyzed by qualitative analysis of the themes which emerged. The results showed that the fragmentation of mental health services is a limiting factor to the composition of a network of care, and access by users. The barriers to user access are determined by the difficulty of care in health care and reproduction of the hegemonic model that prioritizes referrals to specialized services. Moreover, insufficient qualification for networking signals limitations of care to act according to the assumptions and guidelines of the current politic, pointing to the need for matrix support in mental health. It is noteworthy in this study the importance of rethinking the care practices in order to (re) organize the way services are structured in order to compose a network of mental health care.

KEYWORDS

Mental health, Public health, Care Network, Drug Users

INTRODUÇÃO

O movimento social e político de transformação da assistência psiquiátrica no Brasil, denominado Reforma Psiquiátrica e regulamentado pela Lei nº 10.216 (2001), teve início a partir da década de 1980, incitando um processo de mudança na lógica de atenção e cuidado em saúde mental. Com isso, gradativamente se instituiu a busca por um modelo substitutivo, centrado na comunidade, nas redes de atenção, e no resgate da cidadania dos usuários de saúde mental. A Reforma traz como proposta o incentivo à equidade na oferta dos serviços, o protagonismo dos trabalhadores e usuários, bem como o desenvolvimento de uma rede extra-hospitalar que garanta a reinserção social, a cidadania e a autonomia dos usuários¹. No contexto da Reforma Psiquiátrica, a partir da década de 1960, o uso abusivo de drogas passou a ser considerado internacionalmente como condições clínicas passíveis de tratamento², dependência química, ou toxicomania, classificada então como doença mental.

Neste cenário, 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 destas substâncias como importante problema da saúde pública. Constrói-se uma política pública específica para a atenção a essas pessoas situada no campo da saúde mental. Este Programa é composto pela Atenção Básica (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 Sistema Único

de Saúde (SUS)³. Inicia-se então um movimento de ampliação dos olhares acerca da problemática denominada uso abusivo de álcool e outras drogas, com vistas à superação da maneira reducionista de ver os usuários, muitas vezes, restringidos ao campo da marginalização e criminalidade. Faz-se necessário fortalecer políticas públicas com ações ampliadas e intersetoriais, que produzam diálogos nos desejos dos usuários de álcool e outras drogas.

Para tanto, os pressupostos e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003), estão em consonância com a Reforma Psiquiátrica, e com as propostas da Organização Mundial da Saúde⁴. As diretrizes para atenção pautam-se em estratégias que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários, com ênfase na reabilitação e reinserção social, centrada na atenção comunitária e na perspectiva de redução de danos. Além disso, considera que a atenção psicossocial necessita estar embasada em uma “rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica”^{4:26}.

Entende-se que a rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde⁵. O compromisso apontado pela Política é a garantia do direito ao tratamento, atenção humanizada e participativa aos usuários de drogas e suas famílias. Por sua vez, o compromisso da saúde e do SUS consiste em criar e manter equipamentos, qualificar profissionais, formular políticas de saúde em articulação com outras áreas, executar e avaliar tais políticas; fortalecer seu caráter de rede incitando outras redes à conexão. Para tanto, é necessária a construção de vínculos, da co-responsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica a fim de transformar os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações ligadas ao problema^{2,4}.

Neste contexto, salienta-se que pela proximidade com as famílias e comunidades as equipes de AB são estratégicas na construção de ações voltadas para prevenção de agravos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como de diversas formas de sofrimento psíquico. Ainda, a saúde da família tem poder de inserção maior no território que os CAPS⁶. No entanto, colocam-se em cena os processos de trabalho das equipes, a exemplo, as Estratégias de Saúde da Família (ESF), que apesar das inúmeras contribuições na atenção à saúde,

observa-se que a questão das drogas tem sido pouco abordada na prática profissional dos trabalhadores⁷.

Tendo em vista que descentralizar a Saúde Mental para os territórios foi uma conquista árdua à Reforma Psiquiátrica, considera-se necessário aprimorar esse modelo, vinculando cada vez mais a assistência com a análise e utilização do território e da rede social, a fim de desenvolver uma clínica implicada com a constituição de sujeitos mais saudáveis em sua afetividade e em suas relações sociais, e mais potentes para transformar a realidade⁸.

Frente à importância da temática para a saúde pública, foi realizada pesquisa intitulada “Rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas: compreensão de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família”. Tal pesquisa compôs o trabalho de Conclusão de Especialização no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS).

A partir dessas considerações, este artigo teve como questão norteadora de pesquisa: como se estruturam os dispositivos da rede de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas, para uma equipe de ESF de Santa Maria, RS? E, objetivou compreender a estruturação dos dispositivos da rede de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas, para uma equipe de ESF de Santa Maria, RS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa desenvolvida em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (UESF) do município de Santa Maria, no Rio Grande do Sul. Essa abordagem permite a busca da compreensão das experiências humanas vividas pelos sujeitos do estudo, o que é possível a partir da descrição da experiência, tal qual ela é definida pelos próprios sujeitos⁹.

Constituíram-se como sujeitos do estudo, dez profissionais de saúde (sete agentes comunitárias de saúde, duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem), todas mulheres, com idade entre 25 a 53 anos, da referida unidade escolhidos de maneira intencional. Para a participação no estudo, elegeram-se os seguintes critérios: ser profissional da equipe de saúde da UESF alocados no território, em contato direto com as famílias e comunidades e não estar em licença de saúde no período da coleta de dados. A UESF em questão faz parte do cenário municipal que conta com 13 Unidades de Estratégia de Saúde da Família e 16 Unidades Básicas

de Saúde (UBS). Já os serviços especializados em saúde mental compreendem um ambulatório municipal de saúde mental, dois CAPS AD, um CAPS para transtornos psíquicos graves, um CAPS Infantil (CAPSi), um serviço de emergência psiquiátrica vinculado ao hospital geral público e Unidade de Internação para Dependência Química, e outro hospital geral com leitos de saúde mental. Além disso, destaca-se um espaço de articulação e direcionamento da política de saúde mental, denominado Comissão de Saúde Mental.

Os aspectos éticos que envolvem investigação com seres humanos foram respeitados durante todo o trâmite da pesquisa atendendo assim a Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰. O protocolo do projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (27/09/2011), sob parecer nº 0241.0.243.000-11. As profissionais aceitaram participar da pesquisa após a compreensão e concordância da exposição das questões éticas, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para captação dos sujeitos foi realizado contato prévio, a fim de que fosse agendada data e hora para a realização dos grupos focais. Na sequência foi realizada a produção dos dados nos turnos da manhã ou tarde, no período de outubro a novembro de 2011. Para assegurar o sigilo foi utilizado nos depoimentos um código com letra P (profissional) e numeral ordinário em ordem crescente.

Para a produção dos dados foi utilizada a técnica do grupo focal por esta propiciar a expressão de características psicossociológicas e culturais e a exposição de um determinado tema por meio de sessões em grupo. Considera-se que possibilita um processo de interação grupal que acontece a partir trocas e descobertas oriundas de participações comprometidas, oportunizando aos participantes responderem às questões propostas¹¹.

Os três grupos realizados contaram com a presença de dois observadores, os quais realizavam as anotações dos principais pontos discutidos, e um moderador, o qual conduzia o encontro. Além de expor os objetivos e o funcionamento do grupo, o moderador, possibilitou ambiente propício à participação das profissionais. A fim de estimular a discussão das profissionais, utilizaram-se fragmentos da Política Nacional e um guia de temas composto por questões norteadoras que versavam sobre o tema.

Os dados obtidos foram transcritos para posterior análise temática, que se constituiu de três etapas: ordenação, classificação dos dados e análise final¹². Foram identificadas as ideias centrais e aspectos relevantes acerca da compreensão sobre a estrutura dos dispositivos da rede de

atenção à saúde mental para usuários de álcool e outras drogas da referida equipe de ESF, com o intuito de construir categorias empíricas. Para análise final, foi articulado o material estruturado ao referencial teórico, visando à identificação do conteúdo subjacente ao manifestado, na tentativa de responder às questões da pesquisa com base no objetivo. Realizou-se a composição de três categorias temáticas: Atenção a usuários de álcool e outras drogas; Compreensão dos dispositivos comunitários e Reinserção Social. Será abordada neste artigo a primeira categoria, que foi composta por subcategorias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os depoimentos dos profissionais possibilitaram construir uma categoria e três subcategorias: Atenção a usuários de álcool e outras drogas (Compreensão sobre a articulação dos serviços de saúde mental do município; Limites de acesso ao tratamento; e, Qualificação para o trabalho em rede).

Atenção a usuários de álcool e outras drogas

Esta categoria reuniu temas relativos ao desconhecimento acerca da articulação dos serviços, inexistência de um fluxograma organizativo, comunicação ineficaz, necessidade de qualificação profissional em saúde mental e apoio matricial, dificuldades de acesso ao tratamento pelos usuários, limitações quanto ao número de profissionais especialistas e de alternativas para o tratamento, dificuldade de acolhimento dos usuários e familiares nos serviços.

Compreensão sobre a articulação dos serviços de saúde mental do município

A maioria das participantes mostra o desconhecimento acerca da organização dos serviços, especialmente os CAPS AD e as Unidades de Internação. Fato este que pode ser atribuído a uma comunicação ineficiente ou inexistente entre os profissionais destes serviços. Isto compromete a composição da rede de atenção, uma vez que a construção de rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços em um mesmo território geográfico. Isto revela a necessidade de se fomentarem questionamentos sobre como estão ocorrendo a comunicação e o relacionamento entre as equipes e estes serviços⁵. Além disso, há que se perguntar que processos de gestão e atenção estão sendo produzidos, uma vez que os depoimentos, a seguir, evidenciam a

dificuldade dos profissionais realizarem esta comunicação. Embora apontem essa dificuldade demonstram interesse em conhecer o funcionamento dos serviços de atenção, mas pouco se mobilizam a fim de buscar conhecê-los.

[...] Eu não sei o que acontece lá {Unidade de Internação Hospitalar}. Eu gostaria de saber (P2)

Eu particularmente não conheço muito o serviço do CAPS, não tenho acesso, não tive e nunca fui atrás para saber como é que era. [...] (P7)

Na mesma direção, visualiza-se que a fragilidade na comunicação entre os serviços é mencionada pelas profissionais. No entanto, destaca-se o entendimento de que a iniciativa de comunicação precisa partir da rede especializada, e não como um processo de corresponsabilidade entre os serviços. Esta compreensão é um dos principais entraves para a composição de uma rede articulada entre os serviços de saúde e com a área de saúde mental, já que parece haver uma tendência em transferir para o outro a busca pela comunicação.

Entre os profissionais tá faltando uma comunicação, por exemplo, vai um surtado lá pro hospital. [...] O psiquiatra que atende diz assim: “eu lhe dou essa medicação por 30 dias, em 30 dias a senhora tem consulta com o psiquiatra da rede”, eles não tem noção que na rede tem um psiquiatra. (P5)

O que falta é a contra-referência.[...] (P7)

A desarticulação das ações em saúde mental no município é atribuída por algumas profissionais à falta de um fluxograma organizativo dos serviços de saúde mental, bem como à necessidade de apoio especializado da área de saúde mental. Fica explícito no depoimento de P2 que embora em alguns momentos do trabalho na AB tenha sido desenvolvido algum tipo de apoio dos serviços de saúde mental, o sentimento de incapacidade como trabalhador de saúde está presente na atuação profissional. Isto acontece em função da dificuldade dos próprios profissionais da rede básica em acessar os serviços especializados e, portanto, realizar a continuidade do cuidado.

Totalmente desarticulado. Antes, a gente tinha ainda um fluxo. Ele não era assim o ideal, mas tinha. [...] E, mesmo tu participando de tudo que vocês imaginam [...], tu te sente incapaz. [...] Porque tu não tem pra onde enviar depois. [...] Não tem mais continuidade ao trabalho com o paciente. (P2)

Embora a maioria das profissionais pareça sentir-se incapaz para realizar ações articuladas com os serviços de saúde mental, algumas falam de um momento, uma ação pontual na qual a Unidade de ESF articulou-se com outro serviço do território, a citar Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). Elas valorizam este momento, apesar de parecer que não aconteceu uma mobilização para se alcançar uma resolutividade do caso.

Eles vieram pra gente discutir o caso de uma paciente que era etilista, mas é bem aquela situação assim, eu acho que ela não queria ser ajudada e também não foi feito muito esforço para tentar. (P7)

Nesta perspectiva, parte-se da ideia de que para o desenvolvimento do cuidado continuado e articulado em redes faz-se necessário planejar fluxos com ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar para uma rede cuidadora. Neste sentido, seria um sistema de referência e contra-referência, como um tramado de cuidado, e não com centralização numa hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais, permitindo a inclusão do usuário. E a fim de que este tenha conhecimento da estrutura do serviço e da rede assistencial, visando ser uma pessoa participante e influente dessa rede¹³. As necessidades citadas pelas profissionais apontam para a relevância de se discutir a forma de fazer a clínica, bem como as intervenções singulares para cada sujeito. Parte-se da ideia que o trabalho em saúde, em especial saúde mental, solicita comprometimento e implicação com a vida das pessoas no contexto em que vivem e se relacionam.

Neste cenário faz-se importante a apropriação do conceito de linhas de cuidado, como organizadoras do trabalho sanitário, pressupõem a vinculação das equipes de saúde à população da região em que se situam e agem num sistema de rede conectada. Além disso, numa rede, ações e serviços de saúde pressupõem conexões, comunicações e as linhas de cuidado podem ser tomadas como fios condutores da integralidade das ações em saúde. Ela funcionam a partir da pactuação de fluxos pelos gestores dos serviços, reorganizando o processo de trabalho. Quando se pensa no desenho itinerário que o usuário percorre numa rede de saúde, incluímos a assistência social, entidades comunitárias, redes não necessariamente inseridas no sistema de saúde, mas que de alguma forma participam desta, garantindo assistência às necessidades de saúde do usuário¹³.

É possível observar que a incorporação do apoio matricial e das equipes de referência parece ser boa alternativa para se desenvolver ações mais articuladas e resolutivas em saúde

mental. O apoio matricial em saúde visa garantir suporte especializado, tanto assistencial quanto técnico-pedagógico, a equipes de referência, aquelas que têm a responsabilidade pela condução de um caso, e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Estas estratégias objetivam ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Além disso, o apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. Personaliza os sistemas de referência e contra-referência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio¹⁴.

O Apoio Matricial traz a responsabilização compartilhada pelos casos permite regular o fluxo de usuários nos serviços, o que torna possível distinguir as situações individuais e sociais, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos do território, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria unidade ou, conforme a gravidade, pelo CAPS de referência. Utilizando-se deste recurso é possível evitar práticas que levam ao uso excessivo de medicações e de medidas de internação, além de, promover a equidade e o acesso o que favorece a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na elaboração de projetos terapêuticos⁸.

Percebe-se que há um consenso nos relatos sobre a necessidade de apoio especializado, ou seja, apoio matricial para se pensar os casos de saúde mental na atenção básica, já que há necessidade de instrumentalização dos profissionais. Principalmente em função da questão do abuso de drogas como um problema de saúde pública ainda é incipiente na área da saúde. Sendo assim, o Apoio Matricial em Saúde Mental teria potencial para proporcionar maior consistência às intervenções nessa área. A partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes, os profissionais de saúde mental podem contribuir para a resolutividade das equipes de atenção básica, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde, afim de que se contemple a totalidade da vida dos sujeitos⁸.

Falta o apoio matricial, aquela qualificação [...]. Isso, as drogas, já vem há anos, mas pra nós que trabalhamos é muito novo tudo[...]. (P7)

Neste sentido, a maior parte das participantes reforça que a falta de formação ou apoio em saúde mental é um empecilho para o trabalho na AB e valoriza momentos de qualificação

profissional, a partir das oportunidades de discussões que especialistas dos serviços de saúde mental venham desencadear. Algumas falam sobre os encontros denominados “Saúde Mental na Roda”, espaço este intermediado pela Comissão de Saúde Mental do município, onde eram discutidos casos de saúde mental da atenção básica com profissionais de serviços especializados. Esta ação foi considerada pelas respondentes como um sinalizador de articulação entre os serviços da atenção básica e de saúde mental, embora atualmente não seja desenvolvido. Fato este que é visto negativamente por elas, já que expressam sentir falta desses encontros e, portanto, a necessidade de tornar a acontecer.

Na gestão anterior, aconteciam aquelas rodas. Acontecia alguma coisa para colocarem conhecimento em nós, pra gente aprender [...]. Mas, depois amornou e parou e agora tá voltando alguma coisa de novo. (P2)

Ao refletirem sobre a composição de uma possível rede de saúde mental, apontam para a dificuldade em ser resolutivas. Isto é relacionado com as opções escassas de recursos para o tratamento, bem como com a desigualdade de acesso dos usuários ao tratamento. O sentimento de frustração, impotência e incapacidade encontra-se presentes, uma vez que tais profissionais atribuem à falta de recursos para o tratamento um entrave para o trabalho em saúde mental na AB. Estes sentimentos são despertados, principalmente em função da expectativa da comunidade acerca da resolutividade no trabalho do profissional de saúde.

Neste contexto, parece existir a compreensão de que para se efetivar o cuidado em saúde mental, em especial usuários de álcool e outras drogas, são necessários outros serviços de saúde que possam acolher estes sujeitos. Isto é apontado na Política Nacional quando se aborda a garantia de acesso igualitário a diferentes modalidades de tratamento, recuperação, reinserção social e redução de danos para os diferentes grupos sociais². Embora esses outros recursos sejam apontados como importantes no tratamento, parecendo existir uma compreensão ampliada, na maioria das vezes, os recursos citados são: leitos de internação e clínicas para usuários. Este modo de pensar reforça a noção de que o indivíduo para ser tratado com vistas à resolutividade necessita ser retirado de seu convívio social.

[...] E ela {a mãe do usuário} te enxerga como uma tábua de salvação “ela vai trazer alguma coisa pro nosso filho”. O que a gente tem pra ofertar pra ela, sinceramente? Só passar lá pro hospital, lá pro CAPS [...] porque não tem uma posição certa pra dá. A

gente se sente frustrada, porque a pessoa pensa que a gente vai tê pra dá e a gente não tem. (P2)

Parece que tais profissionais estabelecem uma relação de dependência dos serviços especializados de saúde mental, apostando que deveriam existir mais opções de serviços ou mais leitos. Esta relação dificulta a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no cenário da AB, uma vez que condiciona estes profissionais aos encaminhamentos e a impossibilidade de pensar os casos e por sua vez, ações com vistas à responsabilização do cuidado.

[...] Porque é muito pouco leito pra muito usuário. (P1)

Esse é um dos diversos motivos pelos quais os profissionais da AB têm dificuldade ou não prestam atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais. Já que passa pela reprodução cultural do modelo hegemônico de saúde (encaminhamento ao serviço especializado); a falta de preparo para lidar com determinadas situações que vão além da capacidade diagnóstica e terapêutica; o desconhecimento dos serviços de saúde mental existentes, bem como a demanda específica de cada um desses serviços. Trata-se de romper com a lógica do encaminhamento, impregnada no cotidiano dos serviços de saúde¹⁵.

Compreende-se assim que a problemática da desarticulação dos serviços de saúde mental, em especial, rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, do município permeia o entendimento das respondentes. A maior parte das participantes atribui a desarticulação à falta de um fluxograma organizativo dos serviços, a necessidade de apoio especializado para o trabalho de saúde mental na AB e de outros recursos para o tratamento. Assim, parecem não se sentirem suficientemente capazes de realizarem ações para este público, reafirmando assim a dependência dos serviços especializados.

Limites de acesso ao tratamento

No contexto do SUS, algumas estratégias e políticas vêm sendo formuladas e implantadas a fim de viabilizar a universalidade do acesso aos serviços de saúde, dentre outros princípios do SUS. Exemplo disto é a Política Nacional de Humanização, pois uma de suas prioridades é a busca pela redução das filas e do tempo de espera, por meio da ampliação do acesso e de um atendimento acolhedor, resolutivo e baseado em critérios de risco¹⁶.

A não resolutividade no atendimento de saúde mental é apontada pelas respondentes por meio de depoimentos que refletem a dificuldade de acolhimento nos serviços especializados e

consequentemente as filas de espera. Atribui-se a isto o agravamento dos casos clínicos de saúde mental, em função da grande demanda de casos, do número reduzido de profissionais especialistas, e, portanto do não desenvolvimento da continuidade no tratamento.

Relatos de pacientes dizem que tem mais de 1000 na fila de espera no ambulatório de saúde mental. Só tem que aguardar. (P1)

[...] Eu acho que o usuário de drogas tá que nem batata-quente [...], cada um vai passando pra um lado, porque ele tá pra lá, daqui a pouco ele tá na minha mão. Quando eu chego na casa dele, ele me pergunta, eu já não sei. Enrolo ele um pouco [...] e passo pra outro, deu! Não seria o correto, mas tá, porque não tem, essa Política não funciona como tá no papel [...]. (P2)

A espera agrava a doença. [...] Uns tem {acompanhamento}, outros já não conseguem[...]. (P5)

Estes achados corroboram com estudos que apontam os limites de acesso à saúde, nos quais se destacam a restrição quanto ao horário de funcionamento e o número insuficiente de vagas para consulta, indefinição dos critérios de urgência, demora na obtenção do atendimento e as filas^{16,17}. Outro fator limitante ao acesso dos usuários de saúde mental é o número insuficiente de profissionais na rede de saúde mental álcool e outras drogas do município. Existe um consenso entre as participantes de que este é um dos entraves para a continuidade do tratamento em saúde mental. O que corrobora com estudo realizado com usuários de serviços de saúde^{18,19} que aponta o número inadequado de profissionais para atender a demanda como determinante para a inacessibilidade ao Sistema.

Embora este seja um aspecto negativo da rede de atenção em saúde mental do município, outro estudo informa que “a insuficiência de profissionais em relação à demanda é vista pelos gestores como uma dificuldade que, ao mesmo tempo, se tornou um estímulo para que as equipes de referência buscassem alternativas, tencionando assim a responsabilização”^{8:136}. No presente estudo, as participantes, expressaram que a busca por alternativas realmente acontece, porém é entendida como sendo alternativas improvisadas que não se adequariam ao proceder em saúde mental.

E se não tem psiquiatra que é o que prescreve a medicação[...]. A maioria um clínico prescreve, ou até um neurologista, qualquer outro, mas o especial mesmo seria o psiquiatra [...]. (P5)

Além disso, as participantes referem recorrer a modalidades de serviços “porta-aberta”, ou seja, pronto-atendimentos, uma vez que esse tipo de serviço garante o atendimento imediato. Porém, parece existir uma crítica em relação ao atendimento ser condicionado às condições clínicas do usuário, já que é evidenciada a dificuldade em ser disponibilizado acesso ao serviço quando o usuário não está em crise.

Nós dissemos assim pro familiar: quando ele entrar em surto, leva no hospital que lá o atendimento de emergência é só pra surtado [...]. Mas é só se tá em surto o paciente, se não tá não é atendido. (P5)

Outro aspecto do acesso dos usuários ao tratamento na rede em questão é a não garantia igualitária desse pelo Estado, especialmente em clínicas de recuperação para usuários de álcool e outras drogas. As participantes expressam que há dois aspectos relativos a isto: a garantia somente por medidas judiciais e a dificuldade de acesso para as classes econômicas menos favorecidas. Além disso, falam da complexidade que é pensar ações no contexto do abuso do álcool e outras drogas. Elas percebem a premência de discutirem, profissionais da rede básica com profissionais especializados.

A minha preocupação é pelos níveis sociais, tipo o que tem {dinheiro} vai pegar aquele filho usuário de droga e vai pra lá {clínica}. E aquele nosso usuário que é carente ele fica por aí. Ou ele morre. (P2)

A gente chega nas casas e vê o desespero dos familiares e a gente não tem o que fazer[...]. O familiar não tem uma orientação, não tem nada [...]. Eu acho que teria que ter. (P3)

Pra mãe internar um filho pra desintoxicação é só com ordem judicial. (P5)

Percebe-se dessa forma a dificuldade da AB em acolher as demandas dos usuários de álcool e outras drogas, além da dificuldade em trabalhar com a família dessas pessoas. Em um estudo realizado sobre a prática de cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas no cotidiano de uma equipe de ESF, foram encontrados graves problemas relacionados ao uso de substâncias que se estendem além das questões individuais, aos familiares e à comunidade.

Assim, a prática de cuidados relacionados ao abuso de drogas no ESF necessita priorizar medidas seletivas de prevenção primária por meio de ações de promoção da saúde, envolvendo o sujeito, as famílias, os grupos e a comunidade na criação de condições de redução da demanda de oferta de drogas⁷.

A questão do acesso tem de ser constantemente abordada nos espaços da saúde e é fundamental que o gestor local seja o mediador e mobilizador da discussão. Porém, para superar os limites é preciso ir além das discussões. O acesso precisa estar presente nos planejamentos em saúde, de forma local, a fim de assegurar a definição de ações consonantes com as realidades comunitárias. As políticas nacionais poderão direcionar o planejamento, mas cabe a todos os envolvidos nos contextos locais pensar e estabelecer melhores formas de acesso, de acordo com as necessidades da população¹⁶.

Qualificação para o trabalho em rede

Ao mesmo tempo em que expressam preocupação com a dificuldade em se comunicar com os serviços de saúde mental do município, as profissionais não se sentem suficientemente capazes para realizar ações articuladas em rede e atribuem a este fato a falta de capacitação técnica em saúde mental. Infere-se que a qualificação deficitária das profissionais para trabalhar com a saúde mental na AB pode resultar em dificuldades de planejamento do cuidado, bem como de se reafirmar a lógica reducionista e estigmatizadora reproduzida, muitas vezes, no cuidado ao usuário de drogas. Isto vai ao encontro de estudo, realizado em Campinas (SP)⁸, que objetivou investigar a organização das ações de saúde mental na AB. Neste estudo, observou-se que faz parte do cotidiano das equipes de referência, evitar o contato com o sofrimento psíquico a partir de justificativas como a insegurança gerada pela falta de formação ou apoio em Saúde Mental, bem como a dificuldade em intervir para além do campo objetivo dos procedimentos e das medicações. Assim a formação dita inadequada aparece como justificativa para a realização de encaminhamentos^{8,15}. Parece que frente à subjetividade dos casos de saúde mental a equipe da ESF estudada necessita recorrer, a outro serviço para dar conta dessa demanda. Percebe-se que nessa situação não houve uma articulação do trabalho em rede e sim o encaminhamento do caso para outro serviço.

Como é que eu vou trazer um caso que é quase como uma bomba pra gente resolver no posto? Daí eu trago pra Enfermeira, e ela disse: vamos resolver com o pessoal de lá (CRAS) porque a gente não tem pernas. (P2)

Eu acho que falta muita qualificação dos profissionais que trabalham assim nesses serviços mais especializados e não é só quem trabalha nesses serviços: CAPS e outros, mas na unidade de saúde mesmo. (P7)

O sentimento de insegurança apontado pelo grupo vai além do contato com o sofrimento, pois expressa a desproteção das mesmas pela falta de suporte teórico e técnico para desenvolver ações. É fundamental reconhecer aquilo que extrapola a formação do profissional em relação à compreensão dos processos psíquicos e aos modos de intervir nucleares da Saúde Mental. Para tanto, é necessária a avaliação de cada caso, em função de critérios de risco. Isto possibilitará diferenciar quais casos as equipes de referência têm competência para acompanhar de forma resolutive e responsável⁸.

Embora o sentimento de incapacidade para lidar com as situações de saúde mental, em especial álcool e outras drogas, seja atribuído à falta de recursos teóricos e metodológicos para subsidiar as ações na AB, grande parte das profissionais do estudo relatam que buscam constantemente estratégias de qualificação profissional. E justificam esta busca em função da dificuldade de organização dos serviços de saúde mental e da falta de um fluxograma organizativo.

Os profissionais não tão preparados. [...] quando tem capacitações a gente tá indo, porque a gente tá na ponta [...]. Então a gente corre atrás. [...] A gente precisa sim de subsídios porque não tem rede. Não tem um fluxo que a gente pode mandar. (P2)

Neste cenário também se destaca a busca pelo conhecimento sobre a perspectiva de Redução de Danos (RD) que é uma das principais diretrizes da Política Nacional sobre Drogas e, portanto, deve nortear a atuação dos profissionais que trabalham com usuários de álcool e outras drogas. A RD como prática de saúde pública busca a defesa da vida e se opera ao contrário das práticas da ordem predominante, reconhecendo cada usuário em suas singularidades e traçando com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência ao uso, como objetivo a ser alcançado. Para a RD, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando^{4,20}.

Participei também bastante do Redução de Danos [...] eu vou pra a gente adquirir conhecimento para poder passar pra comunidade [...]. (P2)

Além disso, parece que a RD é compreendida como sendo somente a relação com a droga, ou seja, a redução do consumo e do uso. Apontam, ainda, que o usuário não está preparado para a RD, expressando até mesmo preconceito em relação aos outros usuários. Isto pode ser atribuído ao fato de que a maioria dos serviços de saúde e saúde mental do município trabalha unicamente com a abordagem da abstinência em relação ao uso de drogas. Pode-se afirmar que este tipo de atuação profissional é diretamente influenciada pelo modelo médico hegemônico vigente na formação dos profissionais de saúde, o que representa uma dificuldade de trabalhar com a singularidade do sujeito e de ampliar o olhar sobre a saúde das pessoas. A interferência deste modelo, por vezes, não possibilita o envolvimento do profissional com o usuário, separando físico e emoção²¹.

O próprio usuário não tá às vezes preparado pra RD. (P2)

Eu pergunto sempre pra mesma pessoa, eu digo assim oh: o que tu faz lá? “Ah tem aquela oficina, eu chego lá e mandam a gente fazer a marica”. Sabe o que é a marica? “Eles ficam mandando a gente pegá o potezinho mais limpo pra não misturá com a ...” Isso é a redução de danos? (P4)

Apesar disso, realizam críticas às abordagens reducionistas no que diz respeito ao tratamento, ou seja, limitadas ao uso da droga, utilizadas em alguns serviços de saúde mental.

Pelo que eu percebi do trabalho e a dinâmica que eles {CAPS} fazem lá, eles não têm eles mesmos uma renovação daquilo. Eles só trabalham focados em relação ao que é a droga[...]. Eles não renovam essas estruturas. (P4)

É reforçada a necessidade de instrumentalização técnica e teórica em saúde mental, mas a insatisfação é encontrada no depoimento que remete às intervenções realizadas em educação sobre as drogas. Isto remete à realização de questionamentos sobre o papel do Estado como formulador de teorias e políticas que, muitas vezes, não se efetivam, ou pouco alteram a realidade prática dos processos de trabalho, ou seja, do fazer em saúde.

Eu acho que o Estado faz de conta que tá {fazendo} e a gente faz de conta que deu certo, porque assim eu fui em quase todos aqueles seminários sobre o crack [...], e eu chegava

lá e pensava: o que eu to fazendo aqui? [...] Porque era só aquele seminário e dali não saia nada. (P2)

Neste contexto, aponta-se como alternativa importante a Educação Permanente em Saúde, definida como o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho, ou da formação, em saúde em análise e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. Este tipo de educação busca a atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes subsídios teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis. Além de, inserir-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta. A Educação Permanente deve implicar seus agentes, às práticas organizacionais, mobilizando a instituição e o setor da saúde, e às práticas interinstitucionais e intersetoriais, sugerindo as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contribuição das profissionais do estudo está na produção de dados sobre a articulação da rede de saúde mental do município bem como os limites do acesso a esta e a necessidade de qualificação profissional para o trabalho em rede de cuidado nesta área. Compreende-se que a problemática da desarticulação dos serviços de saúde mental, em especial, rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, permeia o entendimento das profissionais sendo que a maior parte delas atribui à desarticulação a falta de um fluxograma organizativo dos serviços, a necessidade de apoio especializado para o trabalho de saúde mental na atenção básica e de outros recursos para o tratamento. Além disso, a falta de comunicação entre os serviços e o desconhecimento sobre a dinâmica de funcionamento destes é um fator limitante à composição de uma rede de cuidado, bem como ao acesso pelos usuários. Como principal possibilidade para suprir tais necessidades é apontada o apoio matricial.

As barreiras para o acesso dos usuários aos serviços são determinadas pelo número insuficiente de profissionais especializados nestes. Isto resulta em dificuldades destes serviços em acolher os usuários e, conseqüentemente a formação de filas, agravando assim os casos de saúde mental. Para tanto, buscam alternativas como o acesso a serviços de pronto atendimento. Ressalta-se a limitação do Estado, por meio do Sistema Único de Saúde, em garantir o acesso

igualitário ao tratamento, sendo que, muitas vezes o acesso às clínicas de recuperação para usuários de álcool e outras drogas é garantido somente por medidas judiciais.

A busca espontânea por qualificação profissional em saúde mental é atribuída às necessidades e demandas geradas a partir da não resolutividade dos serviços da rede. Ademais, a insuficiente qualificação para o trabalho em rede de cuidado, especialmente em saúde mental, sinaliza limitações para atuar conforme os pressupostos e diretrizes da atual Política, em especial com a perspectiva de Redução de Danos. Já que as profissionais não se sentem suficientemente capazes para realizar ações articuladas em rede e atribuem a este fato a falta de capacitação técnica em saúde mental. Isto poderá resultar em dificuldades de planejamento do cuidado, bem como de se reafirmar a lógica reducionista e estigmatizadora (re)produzida, muitas vezes, no cuidado ao usuário de drogas. O que reafirma a dependência destas profissionais dos encaminhamentos aos serviços especializados, reforçando a dificuldade de os serviços de saúde trabalharem em rede. Destaca-se a necessidade de se criarem estratégias e dispositivos de gestão, atenção e formação em saúde que possam impactar na forma de os serviços se articularem em rede, aumentando seu sistema comunicacional.

Observa-se, assim, a premência de serem realiadas discussões na academia e no setor saúde, gestores e profissionais, acerca da temática em questão, bem como suas repercussões na saúde dos usuários dos serviços de saúde mental, uma vez que a Política Nacional apresenta suas ações embasadas no caráter de rede de cuidado e pautadas na diretriz de redução de danos.

Acredita-se que repensar as práticas de cuidado de modo a (re)organizar a maneira como os serviços se estruturam e a fim de compor uma rede de atenção para este público seja urgente. Do contrário a construção de competências alinhadas às políticas públicas e a garantia de atendimento humano e integral ficará somente no campo do debate. Recomenda-se assim, o desenvolvimento de outros estudos multiprofissionais que criem nexos entre a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, o processo de educação dos profissionais, entrelaçando-o com o processo de cuidar em saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. **OPAS** 2005.
 2. Brasil. Presidência da República. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2008.
 3. Merhy EE, Amaral H A. **Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. Campinas: HUCITEC; 2007.
 4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília; 2003.
 5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 6. Lancetti A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos G W de S. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; 2009. p. 616-634.
 7. Barros MA de, Pillon SC. Programa Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [periódico na Internet]. 2006 [acessado 2012 jan12] 8(1):144-149. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/revisao_02.htm. Acesso em 18 de jul de 2011.
- 2004 Mar-Abr**
8. Figueiredo M D, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Cien e Saude Colet** 2009; 14(1):129-138.
 9. Turato ER. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes; 2003.
 10. Brasil. Resolução nº 196/96. Pesquisa em seres humanos. **Revista Bioética** 1996; 36-38.
 11. Westphal M F, Bógus CM, Faria MM. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** 1996;120(6):472-481.
 12. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.
 13. 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, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 165-184.

14. Campos GW de S, Domitti A C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):399-407.

15. Ramos LS. *Entre fios e dobras: o tecer da Reforma Psiquiátrica no município de Santa Maria/RS* [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2009.

16. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. *Cienc Cuid Saude* 2011; 10 (2):248-255.

17. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Cien saude colet* 2009;14(5):1929-1938.

18. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad saude publica* 2008; 24(1):100-110.

19. Beck CLC, Lisboa RL, Colomé ISC, Silva RM, Tavares JP. Os enfermeiros e a humanização dos serviços de saúde do município: um estudo exploratório. *Cienc cuid saude* 2009; 8(2):184-90.

20. Lancetti A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: HUCITEC; 2009.

21. Capra F. *O ponto de mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente: uma convincente visão de uma nova realidade*. A reconciliação da ciência e do espírito humano e o futuro que está para acontecer. São Paulo: Cultrix; 1982.

22. CECCIM RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saude, Educ* 2005; 9(16):161-77.