

Ações de um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas em um município do centro do Rio Grande do Sul: um relato de experiência

Actions of a Psychosocial Care Center of Alcohol and Drugs in a city center of Rio Grande do Sul: an experience report

Las acciones de un Centro de Atención Psicossocial de alcohol y drogas en un centro de la ciudad de Río Grande do Sul: un relato de experiencia

Ricardo Vianna Martins. Doutor em psicologia, professor titular da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: ricardoead@gmail.com

Caren Regina Fernandes. Enfermeira, pós-graduanda em Gestão de Organização Pública em Saúde. Universidade Federal de Santa Maria. Rua Rui Barbosa, nº 350, Bairro Vila Velha, Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil. Fone: (55) 96497905. E-mail: carenregi@gmail.com.

RESUMO

Objetivo: Descrever e refletir as atividades de promoção, recuperação e tratamento desenvolvidas em um CAPS álcool e drogas. **Método:** relato de experiência desenvolvido em um CAPS ad localizado em município do interior do Rio Grande do Sul. **Resultados:** O trabalho multiprofissional qualifica as praticas e enriquece as intervenções junto aos usuários, destacando as atividades de grupo e buscando trabalhar numa lógica do Projeto Terapêutico Singular. A Residência Multiprofissional no serviço se configura

como um dispositivo de Educação Permanente. Existem também os desafios a serem superados na melhoria da assistência, buscar melhores condições de desempenhar o apoio matricial e realizar um trabalho na perspectiva da redução de danos. **Conclusão:** é preciso reformular o modelo de assistência, pois os resultados do cuidado dependem muito de ações voltadas para a realidade dos usuários, ou seja, trabalho de território e redução de danos. **Descritores:** Saúde Mental, Promoção da Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To describe and reflect the activities of promotion, recovery and treatment developed in an alcohol and drug CAPS. Method: experience report developed in an ad CAPS municipality located in the interior of Rio Grande do Sul. **Results:** The multidisciplinary work qualifies the practices and enriches interventions with users highlighting the activities of the group and seeking to work in a logical Therapeutic Project Singular. The Multidisciplinary Residency service is configured as a device for Continuing Education. There are also challenges to be overcome in improving care, seek better conditions to play the matrix support and work with the perspective of harm reduction. **Conclusion:** it is necessary to reformulate the model of care, as the results of care rely heavily on actions to the reality of the users, work area and harm reduction. **Descriptors:** CAPS, Health Promotion, Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Describir / reflejar las actividades de promoción, recuperación y tratamiento desarrollados en un alcohol y drogas CAPS. **Método:** relato de experiencia desarrollada

en un municipio ad CAPS ubicado en el interior de Rio Grande do Sul. **Resultados:** El trabajo Multiprofesional califica las prácticas y enriquece las intervenciones con los usuarios, destacando las actividades del grupo y tratando de trabajar en un Proyecto Singular terapéutica lógica. El servicio de Residencia Multidisciplinaria está configurado como un dispositivo para la Educación Continua. También hay retos que hay que superar para mejorar la atención, buscar mejores condiciones para jugar el soporte de la matriz y el trabajo con la perspectiva de reducción de daños. **Conclusión:** es necesario reformular el modelo de atención, ya que los resultados de la atención dependen en gran medida de las acciones a la realidad de los usuarios, es decir, área de trabajo y reducción de daños. **Descriptor:** CAPS, Promoción de la Salud, Enfermería.

1 INTRODUÇÃO

O fim da década de 70 foi o início do movimento que caminha para a reforma psiquiátrica, indo contra ao modelo hospitalocêntrico da assistência na saúde mental, denunciando a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura. No Brasil, depois de 12 anos tramitando no Congresso Nacional, aprova-se a Lei Federal 10.216 modificando o modelo, colocando o tratamento em serviços de base comunitária, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. A Reforma Psiquiátrica compreende as transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano das instituições, serviços e das relações interpessoais, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios¹.

A política nacional de saúde mental define que a rede se ampara por leitos psiquiátricos em hospital geral e inúmeros serviços substitutivos, como os Centros de

Atendimento Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, hospitais-dia, ambulatórios especializados, atenção básica e estratégia de saúde da família, centros de convivência, dentre outros recursos da comunidade e parcerias intersetoriais².

Os CAPS têm “a tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços”¹.

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são serviços de atenção diária em saúde mental, de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico. Têm a responsabilidade de atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, trabalhando sob a lógica da territorialidade. Estes serviços são regulamentados pela portaria ministerial GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002².

Quanto à rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, enfatizando a reabilitação e reinserção social dos mesmos, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, via Portaria GM / 816 de 30 de abril de 2002 propondo a criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS ad, dispositivo assistencial que pode realizar práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde³.

Considerando a caminhada ainda breve dos serviços substitutivos e o fato dos CAPS serem considerados como ordenadores da rede, o MS traz a proposta do Apoio Matricial (AM), no sentido de qualificar a rede e o cuidado aos usuários, que fortalece ainda mais a lógica territorial de trabalho do CAPS.

O AM configura-se como um novo arranjo na organização dos serviços, sendo este um regulador de fluxos que promove articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades de Saúde. Procura construir espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre os profissionais de referência do território e apoiadores. Além disso, possibilita diferenciar os casos que precisam realmente ser atendidos nos serviços especializados e os que podem ser acompanhados pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) - serviços de saúde da atenção básica, ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por estes profissionais⁴.

Nesse contexto o presente trabalho tem como objetivo descrever e refletir as atividades de promoção, recuperação e tratamento de usuários de substância psicoativas e familiares, que são realizadas em um CAPS ad - álcool e drogas localizado em um município do interior do Rio Grande do Sul.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como um relato de experiência⁵ desenvolvido por uma profissional de enfermagem residente em Saúde Mental que atua em um CAPS ad localizado em um município da região central no interior do Rio Grande do Sul.

Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da tem por objetivo formar profissionais de saúde qualificados na especialidade escolhido com competências técnica-científicas, sociopolítico e ético-humanista orientado pelos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O desenvolvimento dos Projetos Pedagógicos ocorre via integração ensino serviço, desenvolvidos por intermédio de

parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários das instituições parceiras⁶.

3 CENÁRIO DA AÇÕES DE SAÚDE MENTAL DO CAPS

O município onde se desenvolveu o trabalho possui uma população de 262.368 mil habitantes. A rede de Saúde Mental do município é composta por quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo destes, dois CAPS II - álcool e drogas, um CAPS Infantil e um CAPS I de transtornos psiquiátricos, um Ambulatório de Saúde Mental, uma ala de internação Psiquiátrica em um Hospital Universitário e uma ala de internação para desintoxicação química em um Hospital Filantrópico.

Em relação aos serviços de atendimento da Atenção Básica em Saúde, o município conta com quatorze Estratégias de Saúde da Família (ESF) e vinte Unidades Básicas de Saúde (UBS). No entanto, muitos destes serviços não contam com equipe completa e nem com agentes comunitários de saúde suficientes para os territórios adscritos aos serviços.

A articulação do CAPS ad com a rede de saúde têm iniciado pelas práticas dos residentes nos diferentes serviços da atenção básica, compartilhando cuidado através do Apoio Matricial, e participando das reuniões da secretaria de saúde, secretaria de assistência, rede hospitalar e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

O Art. 12. do decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080 diz que: “ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região”⁷. Isto responsabiliza o serviço de garantir a continuidade do cuidado e planejar as práticas com a parcela da população da qual se está trabalhando. Além da

continuidade do cuidado, é preciso progredir para além do tratamento do sujeito no serviço especializado, é preciso trabalhar a prevenção e a promoção da saúde juntamente com a atenção básica, conhecer os seus territórios, produzir rede entre nosso serviço especializado - o CAPS e ESF - serviços de atenção básica. E esta é a grande dificuldade observada no CAPS ad, assim como nos demais serviços da rede de saúde mental do município.

A assistência organiza-se com base em atendimentos realizados por um profissional psiquiatra, uma médica clínica, atendimentos por dois psicólogos, um assistente social, uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta, duas técnicas em saúde mental e um redutor de danos. Além disto, conta com residentes em Saúde Mental de diferentes núcleos profissionais, sendo enfermagem, serviço social e psicologia.

A presença da Residência Multiprofissional no campo realiza intervenções de visível relevância nas práticas, uma vez que realiza a ponte entre ensino-serviço, questionando e tencionando as práticas da equipe, buscando contemplar a normatização do MS para a Saúde Mental e SUS. É importante ressaltar que esta é a primeira turma de Residência da área específica em Saúde mental no serviço.

Além dos atendimentos individuais de núcleo profissional, atividades realizadas no CAPS constituem-se na sua maioria como atividades grupais, como por exemplos grupos terapêuticos, grupos de educação em saúde, grupos de atividades físicas, grupos de prevenção à recaída ao uso de substâncias, grupo aos familiares, grupo reflexivo, grupo de artesanato, grupo de música, entre outros.

O “Grupo Vida e Saúde”, atividade de núcleo da enfermagem, na qual se trazem temas relacionados à saúde, é possível permitir uma flexibilidade temática, para que os

usuários discutam além das temáticas trabalhadas, questões relacionadas à sua saúde física, psíquica, social, mas também sentimentos e posicionamentos reflexivos quanto ao serviço.

Configura-se então, um campo rico no qual se pode aproveitar este espaço dos grupos para identificar necessidades, melhorar vínculos e levar questões para replanejamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), se necessário. É importante ressaltar, que a ação da atividade não é ação que fala por si. É preciso uma construção, juntamente com os usuários, que faça sentido para os mesmos.

A equipe busca superar as dificuldades do modelo de trabalho fragmentado, buscando estudar e repensar as intervenções de maneira multiprofissional, como os grupos, o acolhimento ou entrevista inicial, realizada por pelo menos dois distintos núcleos profissionais, as visitas domiciliares por pelo menos três diferentes profissionais e a discussão de casos mais complexos nas reuniões de equipe.

Busca-se trabalhar na lógica do PTS, sendo este um dispositivo que produz cogestão de processos terapêuticos de sujeitos ou coletivos, em situações de vulnerabilidade. Aqui se considera e se implica os contextos singulares, sendo que esta singularidade é a razão de ser do projeto terapêutico, pois a determinação das ações a serem ofertadas se realiza juntamente com o sujeito, sendo o projeto exclusivamente em consonância com sua singularidade⁸.

O PTS contribui para diversificar as ofertas nos serviços de saúde, configurando um projeto maior de saúde e de cidadania, pois envolve o profissional ou equipe de saúde e o(s) usuário(s) produzindo coletivamente. Ocorre então um compromisso, uma responsabilização entre os sujeitos. O PTS é uma tecnologia que se baseia na lógica do trabalho em equipe interdisciplinar, que se formula e opera necessariamente com três

movimentos: a coprodução da problematização, a coprodução de projeto e a cogestão/avaliação do processo⁹.

Além disso, a implantação de projetos terapêuticos nos serviços de saúde mental é um processo em construção e não tem sido uma tarefa fácil para todos os atores envolvidos na medida em que todo processo em construção gera conflitos, ambiguidades e dúvidas¹⁰.

Corroborando com a problemática discorrida acima, há a ausência de práticas de redução de danos no serviço, apesar da existência do profissional neste cargo não houve capacitação da parte da gestão.

A redução de danos é um método que se tem usado como estratégia para diminuir os prejuízos à saúde causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, colocando o usuário como autorregulador sem exigir abstinência e estimulando à mobilização social “nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada”². Visa, também, a prevenção da infecção do vírus da Imunodeficiência Humana HIV e Hepatites B e C entre os usuários de drogas, através da distribuição de insumos como seringas, agulhas, cachimbos, juntamente com materiais informativos sobre formas mais seguras do uso e sobre as consequências do uso e abuso de substâncias psicoativas².

Logo, quando há ausência da redução de danos em um CAPS álcool e drogas a prática é voltada para a abstinência, um retrocesso para o serviço e uma falha para com o usuário, uma vez que o projeto terapêutico é singular e deve levar em conta a realidade biopsicossocial para a escolha da redução ou abstinência do uso de determinada substância. Além disto, para atender as necessidades singulares dos

sujeitos é preciso lançar mão de diferentes conhecimentos e recursos para atender, profundamente e de forma abrangente¹¹.

Salienta-se que é importante que as práticas favoreçam e estimulem o senso crítico com os usuários do serviço, na perspectiva do controle social e empoderamento do sujeito quanto ao autocuidado, participação mais ativa nos seus projetos terapêuticos singulares (PTS), os quais devem sempre ser abertos frente à escutas sensíveis e qualificadas dos profissionais que identificarem a necessidade desta modificação, juntamente com o usuário, pois “uma nova produção do cuidado e de vida pode se dar por meio do empoderamento daqueles que foram delegados ao silêncio e incapacidade, ou seja, uma militância política cujo pressuposto e objetivo são a autonomia e a intensificação da potência de vida e da possibilidade de decisão”¹².

Há uma dificuldade na mudança das práticas de saúde mental, aconteceu a reforma, mas não reformaram-se as práticas psiquiátricas, no caso do CAPS ad, a ausência do uso tida como cura, desconsiderando a reabilitação que deve ser biopsicossocial.

Pinho et al. (2010), aponta que a reformulação do modelo de assistência em saúde mental propõe desafios quanto à sensibilização de gestores e do profissional de saúde em seu cuidar nas dimensões da integralidade: de redes em saúde mental; da visão de equipe multiprofissional com diferentes cenários e olhares; e o reconhecimento do usuário que vivencia o fenômeno da loucura como uma pessoa de possibilidades¹³.

O cenário da Saúde Mental de forma geral no município vem encontrando a alta demanda de usuários, os CAPS lotados, ambulatorios e internações com fila de espera. Refletindo a problemática que o município vem encontrando na rede de saúde mental, acredita-se que a superação da situação demanda uma articulação entre os profissionais

da equipe com as equipes da AB, onde é possível trabalhar com prevenção e promoção em saúde, assim como o suporte especializado necessário para a AB quanto aos casos de Saúde Mental de seus territórios.

A proposta da Política Nacional de Saúde Mental indica que as práticas de saúde mental também sejam contempladas na atenção básica/saúde da família, visto que esta se constitui como a principal porta de entrada do sistema de saúde como um todo. Essas práticas devem objetivar a integralidade dos sujeitos e ser substitutivas ao modelo tradicional, ou seja, evitar práticas baseadas em medicalização, psiquiatrização e psicologização¹⁴.

Nesse sentido, os CAPS assumem papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, fazem o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar¹.

Assim, um recurso promissor na articulação entre a saúde mental e a atenção básica é o Apoio Matricial (AM), que surge como um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada elaboram novas propostas de intervenções pedagógico-terapêuticas. Onde o termo *apoio* sinaliza uma maneira para operar essa relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista, não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos⁴.

O movimento iniciou com a proposta de AM da Residência Multiprofissional em conjunto com a Gestão em Saúde Mental do Município, onde os residentes podem dar apoio às equipes dos CAPS, porém a proposta foi aceita apenas pelos CAPS ad do município e com muitas dúvidas, por se tratar de um modo novo e desconhecido de trabalhar, o qual precisou de estudos e discussões incentivadas pela residência dentro do CAPS.

A implantação do AM vem enfrentando dificuldades de operacionalização, como a falta de recursos materiais e humanos, como carro para deslocamento aos territórios a serem matriciados e carência de profissionais para compor a equipe mínima das ESFs, sendo que já há uma sobrecarga de trabalho, falta de agentes comunitários de saúde para todos os territórios adscritos. Ou seja, a maior fragilidade tem se permeado falta de infraestrutura necessária para práticas no território, ausência de praticas de educação permanente em saúde nos serviços, e ausência de supervisão institucional.

O principal ponto a ser superado é a ausência de praticas no território. Tanto para trabalhar ações em saúde mental de acordo com a realidade da comunidade em que o sujeito está inserido e assumir o papel que o CAPS tem de dar apoio à AB quanto à Saúde Mental.

O Território é mais do que espaço político-operativo do sistema de saúde, nele se verifica a interação da população com serviço no nível local, caracterizado por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde¹⁵.

A falta de ações fora do CAPS tem causado dependência do usuário ao serviço, configurando uma dificuldade de dar alta, e aumentando os benefícios do Instituto

Nacional do Seguro Social (INSS) e constituindo assim uma disfunção funcional da maioria dos usuários. É preciso o incentivo de práticas não centralizadas apenas ao CAPS, na perspectiva da reabilitação social, através de ações intersetoriais, acesso aos espaços culturais, artísticos entre outros, assim como um acompanhamento da alta no território através dos serviços da atenção básica em saúde, garantindo uma alta mais comprometida e qualificada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível iniciar uma nova lógica de trabalho que contemple a reforma psiquiátrica quando se reconhece como parte do processo de trabalho a utilização de um momento da carga horária para dar espaço ao estudo e reflexão sobre o sentido das nossas práticas.

No que tange aos cuidados, como prever esta autonomia do usuário, como modificar as práticas? Acredita-se que é preciso estar em um constante repensar das práticas realizadas. Assim como o trabalho precisa fazer sentido para o usuário, é preciso fazer sentido para o trabalhador.

A Residência Multiprofissional dentro do serviço pode ser considerada como um dispositivo de Educação Permanente, proporcionado pela Universidade, uma vez que construções como o AM vêm acontecendo a partir da força de trabalho dos residentes.

Apesar de o CAPS tem centralizar suas práticas reabilitadoras fora da proposta pelo MS quanto à redução de danos e se considerar que neste sentido é importante avançar para dar melhor assistência aos usuários, tem-se alcançado avanços em relação aos novos dispositivos em que o serviço lança mão como o PTS e a reflexão das suas

práticas assistências. A transformação das práticas envolve uma mudança de olhares e de cultura, e isto não é tarefa fácil e nem um processo rápido para uma instituição.

E este é o grande desafio, pois o novo não é algo aceito facilmente, pois é preciso desconstruir práticas, saberes, técnicas e dar lugar ao novo quando identificado necessário. Estratégias como a supervisão institucional ou apoio ao CAPS seriam importantes para trabalhar estas questões.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. 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. Brasília, 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
3. Brasil. Portaria GM n° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União* 2002.
4. Campos, GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* vol.23 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2007.
5. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa, 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

6. Ministério da Educação, Regimento Interno Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - UFSM. 2012. Acesso em: <http://coral.ufsm.br/residenciamulti/>.
7. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.
8. Aranha & Silva AL, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, 2005.
9. Oliveira GN, de. O Projeto Terapêutico Singular. In Cadernos HumanizaSUS, Ministério da Saúde, v. 2, 2010.
10. Bocard ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mangia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, 2011 jan/abr 22(1): 85-92.
11. Schneider JF, et al. Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):397-405.
12. Almeida K S, Dimentein M, Severo AK, Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 14, n.34, Sept. 2010.
13. Pinho LB, Hernandez AMB, Kantorsky LP. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. Esc Anna Nery Rev Enferm 2010 abr-jun; 14 (2): 260-267.
14. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental (3a. ed.). Brasília: Série Legislação em Saúde. 2004
15. Pereira MPB, Barcellos C. O território no Programa de Saúde da Família. M. S. Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, 2006, jun 2(2): 47-55.