



Artigo Original

Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: da proposta às práticas cotidianas

Psychosocial Care Centers Alcohol and Drugs: The Proposal to the Daily Practice

Camila Mugnai Vieira¹
Samira Ghosn²

¹Psicóloga. Doutora em Educação – Professora Titular da Faculdade de Medicina de Marília (Famema).

²Psicóloga. Especialista em Saúde Mental – Famema.

Resumo: O alto índice de abuso de substâncias psicoativas no Brasil e os consequentes prejuízos que isso acarreta têm motivado diversos estudos sobre o tema, bem como impulsionado o Ministério da Saúde a propor estratégias de prevenção e tratamento para este problema, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). Realizou-se uma pesquisa descritiva exploratória quali-quantitativa, a qual descreveu e analisou as organizações dos serviços e os tipos de tratamentos oferecidos em CAPSad de três municípios do interior do estado de São Paulo no ano de 2016 e verificou sua consonância com as Políticas Nacionais vigentes. Os resultados evidenciaram que ainda há um distanciamento entre a atuação e as propostas. Concluiu-se que é preciso um investimento em Educação Permanente das equipes para que essa adequação ocorra.

Palavras-chave: Política Pública; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

Abstract: The high rate of abuse of psychoactive substances in Brazil and the resulting losses it entails have motivated several studies on the topic, as well as boosted the Ministry of Health to propose strategies for prevention and treatment for this problem, as the Psychosocial Care Centers Alcohol and Drugs (CAPSad). A qualitative and quantitative exploratory descriptive study was carried out, describing and analyzing, in 2016, the organization of services and the types of treatments offered in CAPSad of three municipalities in the state of São Paulo and checked your line with the National Proposals. The results showed that there is still a gap between actions and actual politicians. It was concluded that it takes an investment in Continuing Education of the teams for this adaptation.

Keywords: Public Policy; Mental Health; Mental Health Services; Substance-Related Disorders.

1. INTRODUÇÃO

O abuso de Substâncias Psicoativas (SPA) é uma realidade encontrada em muitas cidades atualmente, seja uma grande metrópole, ou um pequeno vilarejo. Os prejuízos trazidos para os indivíduos e sociedades advindos deste abuso são a principal justificativa das estratégias governamentais para o controle da situação e os inúmeros estudos atuais acerca do tema.

A Dependência Química (DQ) é um transtorno mental caracterizado pelo padrão de uso abusivo e não adaptativo de SPA, com o aparecimento de tolerância e abstinência da substância. A tolerância é a necessidade de doses cada vez maiores da substância para alcançar o efeito que se tinha no início do uso; a síndrome de abstinência é o conjunto de sintomas físicos e psicológicos indesejados que surgem na ausência da substância e em geral ocorrem associados ao *craving* ou 'fissura', que é o desejo compulsivo de usá-la novamente. O indivíduo perde a capacidade de controle do uso, que passa a ser prioridade em sua vida.¹

A questão do uso e abuso de SPA historicamente se caracteriza pela marginalização e exclusão do usuário, com uma abordagem de tratamento predominantemente psiquiátrica. Os tratamentos oferecidos em sua maioria tinham caráter moral e coercitivo, visando à renúncia do paciente às drogas, ou seja, a abstinência². A partir da Reforma Psiquiátrica, a forma de olhar esses tratamentos em vários países foi sendo modificada. No Brasil, culminou na Lei 10.216 de 2013, que teve como ponto chave a reorganização do modelo de assistência e a desinstitucionalização dos pacientes até então internados por longos períodos em instituições fechadas. As internações passam a ser indicadas apenas para casos nos quais os recursos extra-hospitalares estejam mostrando-se ineficientes.

A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas problematizou essas questões e inaugurou um novo paradigma para a prevenção, tratamento e reabilitação do dependente químico no Brasil.² Entende-se por reabilitação psicossocial a recuperação da autonomia e funções sociais e ocupacionais, reinserindo-os na sociedade. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) surgem embasados por esse novo olhar, e apesar da singularidade de cada cidade/território, devem seguir alguns preceitos básicos para se constituírem enquanto CAPSad.

Esses preceitos são referência²: 1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; 2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados; 3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; 4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados; 5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; 6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto, recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas; 7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de SPA, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo; e 8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de SPA, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

A atual política privilegia o cuidado integral, a singularidade e a corresponsabilização dos indivíduos no tratamento.¹ A estratégia de Redução de Danos (RD) consiste em ações que tentam principalmente reduzir, para os usuários de álcool e outras drogas, suas famílias e comunidades, os danos causados à saúde, à esfera social e econômica decorrentes do uso de SPA. Incluem a mudança de vias de administração de drogas; a distribuição de seringas/agulhas descartáveis para usuários de drogas injetáveis; tratamentos de substituição; entre outras, ou seja, a abstinência não é a meta principal, e sim, a qualidade de vida da pessoa.³

Os CAPSad devem ser articulados com a atenção básica e outros serviços da rede de saúde, empenhando um trabalho conjunto à Estratégia de Saúde da Família (ESF) de origem do paciente, promovendo assim um cuidado integral, o que facilita a reinserção na comunidade e autonomia.³

A formação de equipe de trabalho em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deve ser multiprofissional, variando em quantidade de profissionais e tipo de funcionamento de acordo com o número de habitantes do município. No caso dos CAPSad, a equipe mínima de trabalho é composta por um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (PT); seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.³

A equipe elabora e executa o PT do serviço, ou seja, o tratamento que será oferecido aos pacientes. Além do PT do serviço, cada paciente deve ter seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou seja, um planejamento de ações e da modalidade de tratamento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, que variam a frequência mensal do paciente e tipo de atendimento prestado). O PTS deve contemplar as necessidades de cada indivíduo abrangendo o contexto sociofamiliar e promovendo inclusão social e autonomia.¹ Por isso, envolve medidas que vão muito além da simples admissão do paciente no serviço e inclusão em grupos e oficinas. É elaborado pelo

técnico de referência do paciente, profissional de nível superior que o acompanhará com maior vínculo e responsabilização, em conjunto com a equipe multiprofissional e com o próprio paciente, que também se responsabiliza pelo processo.¹

Atualmente, as políticas públicas ainda passam por intensas reformulações em busca de propostas que superem a história de exclusão dos usuários de SPA e possibilitem o acesso a serviços que atendam esta demanda em sua complexidade. Travam-se intensos debates sobre a continuidade do financiamento público de comunidades terapêuticas, em contraposição ao proposto pela rede de atenção psicossocial, que prevê o investimento em serviços da atenção básica, hospitalares e alternativos, como consultórios de rua, focalizando especialmente a articulação pelos CAPSAd.

Evidenciam-se muitas dificuldades para a implementação das estratégias de RD, em parte ainda pelo desconhecimento da proposta, por confusões entre prevenção e repressão, julgamentos morais, confrontos entre os usuários e a força policial e a estigmatização dos usuários de drogas. A baixa taxa de adesão, descontinuidade ou evasão ao tratamento são comuns em vários locais.⁴ Elas e as dificuldades na reabilitação observados em parte dos CAPSAd⁵ levam ao questionamento: a que isto se deve? O que poderia ser feito para transformar esta realidade?

Considerando o contexto exposto, ressalta-se a importância desta pesquisa, que teve como objetivo descrever e analisar os tratamentos oferecidos nos CAPSAd de diferentes cidades, sob a perspectiva de suas equipes de profissionais, observando no que se assemelhavam e se diferenciavam entre si e o quanto estavam de acordo com a proposta do Ministério da Saúde.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Tratou-se de uma pesquisa descritiva exploratória quali-quantitativa, concluída no ano de 2016. Os dados foram coletados em CAPSAd de três cidades do interior do estado de São Paulo. A seleção destes municípios deu-se por se tratarem de referências para o atendimento em DQ na região. Participaram da pesquisa 24 pessoas, sendo 19 funcionários com formação de nível superior e cinco de nível técnico de três CAPSAd, que chamaremos de C1, C2 e C3. Dentre estes funcionários, três eram coordenadores do serviço, cada um de um dos CAPSAd participantes, sendo denominados "gerentes".

Foram feitos contatos telefônicos com os três CAPSAd para convidá-los a participar da pesquisa. Mediante aceitação de todos, foram feitos também contatos com as Secretarias da Saúde de cada município para autorização da realização da pesquisa nos respectivos CAPSAd. Após a autorização formal das secretarias, foram agendadas visitas aos três CAPS para a coleta dos dados. Toda equipe dos CAPSAd foi convidada a participar da pesquisa. Os profissionais que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma cópia do mesmo, assinada pelas pesquisadoras. No TCLE constavam todas as informações sobre o estudo, como objetivos e método, bem como era assegurada a participação voluntária, o sigilo das informações e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos aos participantes.

Em C1 responderam à pesquisa 12 funcionários dos 15 que compõem a equipe; sendo estes quatro psicólogas, duas enfermeiras, duas fonoaudiólogas, duas técnicas de enfermagem, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional. Não foi possível realizar a coleta com os três médicos da unidade, devido à ausência de dois deles no período de coleta e a incompatibilidade do horário de coleta da pesquisadora com o da médica presente.

Em C2 responderam à pesquisa oito funcionários dos nove que compõe a equipe; sendo estes duas psicólogas, dois técnicos de enfermagem, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira e um médico psiquiatra. Não foi possível realizar a coleta com uma terapeuta ocupacional devido a férias da funcionária no período.

Em C3 responderam à pesquisa quatro funcionários dos oito que compõe a equipe; sendo estes dois enfermeiros, um psicólogo e um auxiliar de enfermagem. Não houve a devolutiva do questionário pela assistente social, uma auxiliar de enfermagem e uma médica e não houve compatibilidade de horário da pesquisadora para coleta com o médico.

Foi aplicado um questionário para os funcionários e realizadas entrevistas semiestruturadas com os coordenadores de cada serviço, os gerentes. Tanto o questionário quanto o roteiro para entrevista foram elaborados pelas pesquisadoras. As primeiras versões de ambos foram apresentadas a juízes, profissionais da área de saúde mental, que propuseram adequações à linguagem e/ou sequência das questões.

O questionário dos funcionários era autoaplicável e continha sete perguntas abertas, três com aspecto descritivo das atividades executadas pelo profissional e organização do serviço, e quatro perguntas que envolviam aspectos subjetivos, abordando sua percepção sobre o serviço. O instrumento já apresentava categorias pré-estabelecidas, sendo estas: 1. Função do CAPSad; 2. Fortalezas do serviço; 3. Fragilidades do serviço; e 4. Aproximações e distanciamentos em relação à Reforma Psiquiátrica. Essas perguntas também faziam parte do roteiro de entrevista com as gerentes, que possuía além dessas, mais 12 questões que abordavam a descrição da organização do serviço.

Os questionários foram entregues pessoalmente aos funcionários com formação de nível superior e técnico, respondidos e devolvidos no mesmo dia às pesquisadoras. As entrevistas com as gerentes foram realizadas pelas pesquisadoras e gravadas.

As respostas às questões abertas do questionário ofereceram material discursivo, analisado a partir da Técnica de Análise de Conteúdo, Modalidade Temática, proposta por Bardin⁶. As etapas seguidas para a análise foram: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/interpretação. Realizaram-se repetidas leituras das respostas a cada questão para apreensão das ideias centrais apresentadas; separação dos fragmentos das narrativas por temáticas, identificando seus respectivos núcleos de sentido; organização, agrupamento das respostas e classificação das mesmas em núcleos de sentido nas categorias pré-estabelecidas no questionário. Os participantes foram identificados como gerentes ou profissionais (a categoria profissional não foi indicada para não se identificar qual o funcionário). Realizou-se a contagem da frequência de respostas classificada em cada núcleo de sentido e realizada a discussão dos resultados à luz das políticas públicas atuais, tendo em vista os objetivos propostos do estudo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FAMEMA, sob o número 31053614.8.0000.5413, e foram tomadas todas as medidas éticas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Descrição da organização dos serviços – entrevistas com os gerentes

A partir dos dados obtidos nas entrevistas com os gerentes, foi possível organizar a descrição da estrutura e do funcionamento dos três CAPSad.

O C1 pertence a uma cidade de aproximadamente 374 mil habitantes⁷, foi fundado em 2003 e, no período da coleta, contava com 15 funcionários (composição da equipe citada anteriormente). De acordo com a gerência do serviço, no mês anterior à coleta de dados estava em tratamento um total de 395 pessoas, e passaram por acolhimento 178 pessoas. A média de pacientes atendidos diariamente era de 150. Os pacientes chegavam ao serviço por demanda espontânea ou encaminhados por Unidades Básicas de Saúde (UBS), albergues, casas de passagem, entre outros. Para continuidade do tratamento, era exigido apenas que o paciente fosse assíduo (máximo de três faltas injustificadas).

Todos os pacientes, segundo a gerente, possuíam o PTS. Apesar disso, na pergunta “Você participa da elaboração e execução de algum PTS?”, quatro pessoas das onze que responderam ao questionário responderam “não”. Levando em consideração que uma pessoa deu uma resposta que não respondia à pergunta, temos 50% das respostas evidenciando o pouco envolvimento de toda a equipe no planejamento dos PTS, ou a falta de conhecimento do que seja essa proposta. O primeiro caso reflete diretamente na eficácia do tratamento dos pacientes, pois se a equipe não trabalha de forma uníssona, planejando e aplicando as estratégias de cuidado em conjunto, é provável que condutas e intervenções diversas, e até mesmo contrárias, sejam adotadas; o que possivelmente dificulta ou bloqueia o progresso do tratamento. A outra possibilidade é que haja as discussões dos casos em equipe sem nomeá-las como PTS, o que

justificaria as respostas de parte dos profissionais. Porém, conhecer e entender o que é um PTS, por que, como e por quem é feito, é imprescindível para o trabalho em um CAPS, visto que essa é a forma de cuidado preconizada pelo Ministério da Saúde.⁸

As modalidades de tratamento oferecidas eram: intensivo (duas vezes por semana), semi-intensivo (uma vez por semana) e não-intensivo (quinzenal, posteriormente mensal até a alta). Inicialmente todos os pacientes entravam no grupo intensivo, que segundo a gerente, era mais informativo que terapêutico, e então de acordo com as necessidades que iam emergindo de cada paciente, era planejado o PTS, para estabelecer em quais grupos o paciente seria inserido, qual seria o plano de ação. Levando em consideração que o período no qual o paciente tem maior necessidade de apoio é quando inicia o tratamento, um grupo Intensivo com aspecto mais informativo do que terapêutico provavelmente oferece pouca contenção e suporte aos pacientes, ponto que merece atenção da gerência.

De acordo com o Ministério da Saúde³, a modalidade de tratamento Intensivo é indicada a pacientes que se encontram em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. O atendimento nessa modalidade deve ser diário. No semi-intensivo deve-se prestar atendimento ao paciente por até 12 dias no mês. É indicado quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, mas ainda é necessário o cuidado da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. E o não-Intensivo é a etapa final, quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Portanto, percebe-se que o atendimento chamado de intensivo no C1, devido a sua frequência semanal, na realidade corresponde ao semi-intensivo, inexistindo a modalidade intensivo neste serviço. Dessa forma, pacientes que estejam com graves prejuízos e dificuldades e necessitem do serviço em outros períodos são prejudicados, pois o atendimento semi-intensivo torna-se insuficiente.

C1 não possuía Oficinas Terapêuticas (OT), apesar de serem um dispositivo previsto para qualquer CAPS⁴. Segundo a gerente:

Os nossos pacientes [...] estão trabalhando, estão ativos, então, na verdade, assim você não consegue prendê-los na Unidade, tipo assim, o paciente não tem nada pra fazer, então ele vem pra cá, entra num grupo operativo, numa oficina [...] Outra característica é que a grande maioria é homem e você pensar numa oficina pra homem é mais complexo do que pra mulher, que você pode fazer uma oficina de crochê, por exemplo. E a gente nem tem estrutura na unidade, nem materiais [...]. (Gerente C1)

A gerente parece desconsiderar o potencial terapêutico das oficinas, enxergando-as apenas como uma “ocupação” para pacientes que não estão trabalhando, visão que ainda carrega resquícios do modelo manicomial. Porém, as OT atualmente têm, ou deveriam ter, um funcionamento diferente do que se tinha nos antigos hospitais psiquiátricos. O objetivo deixa de ser “ocupar” e “entretêr”, para ser principalmente o de ampliar habilidades, aumentar autonomia e empoderar o sujeito. As possibilidades de OT para pessoas do sexo masculino são inúmeras. Mas, a gerente expressa uma visão restrita das OT às atividades manuais e limitados conceitos relacionados ao gênero, relacionando este tipo de atividade apenas às mulheres. As OT podem promover maior integração social e familiar, expressividade, o desenvolvimento de habilidades corporais, atividades produtivas e o exercício coletivo de cidadania. A arte pode ser um recurso interessante, pois amplia a percepção, resgata a autoestima e desperta a criatividade dos sujeitos.⁹ A gerente justifica também a dificuldade de implementarem oficinas pela questão estrutural da unidade, da falta de investimento público em espaço físico, materiais; fragilidade também apontada pela maioria da equipe.

Os pacientes permanecem em geral de seis a nove meses em tratamento, mas não há tempo máximo estabelecido. O processo de alta se dá à medida que o paciente vai alcançando os objetivos do tratamento, passando pelas diferentes modalidades de atendimento, até se tornar ambulatorial, quando vai ao CAPSad apenas para consulta médica. A comunicação do C1 com as UBS e Unidades de Saúde da Família (USF) de referência dos pacientes, segundo a gerente, se dá ocasionalmente. Essa comunicação insuficiente com as equipes de referência dos pacientes limita as possibilidades de ação junto ao usuário, e vai contra a lógica da Clínica Ampliada proposta pelo Ministério da Saúde.⁸ É a equipe de referência que acompanha o paciente a longo

prazo, antes, durante e depois do tratamento especializado; portanto a comunicação é importante porque possibilita a troca de informações sobre o paciente e sua família, o planejamento junto a equipe de referência de estratégias de cuidado integral, além do suporte à atenção básica para os casos de saúde mental, que também é papel dos CAPS.³

O C2 pertence a uma cidade de aproximadamente 44 mil habitantes⁷, foi fundado em 2011 e, no período da coleta, contava com 11 funcionários (composição da equipe citada anteriormente). Na ocasião da coleta eram atendidos aproximadamente 280 pacientes, e a média diária de pacientes atendidos é de 45.

Os pacientes chegavam por demanda espontânea ou encaminhados por hospitais psiquiátricos da região e UBS. Eram acolhidos por diferentes profissionais da equipe, e no mesmo dia passavam por avaliação psiquiátrica. No acolhimento, o profissional responsável traçava um plano terapêutico e depois discutia o caso com o médico. Na reunião de equipe esse plano era discutido e readequado, se fosse o caso. Segundo a gerente, no C2 os pacientes não possuíam PTS.

Ainda segundo a gerente, a única combinação para início do tratamento era que o paciente assinasse um termo atestando que concordava com o Manual de Normas e Rotinas do CAPS, que dizia respeito à frequência, regras de convivência, etc. Se o paciente não fosse assíduo, era transferido para outra modalidade, geralmente para uma com menor frequência semanal.

O processo de alta variava de acordo com a evolução do tratamento do paciente e do envolvimento da família. Em média, permaneciam seis meses em tratamento, mas não existia tempo máximo estipulado.

Segundo a gerente, a comunicação do C2 com outros serviços de saúde (como CAPS I, Unidades Básicas) era frequente e efetiva. Quando os pacientes chegavam era feita a contra-referência para a Unidade de origem, que se aliava ao CAPS para o tratamento do paciente, compartilhando informações, fazendo busca ativa quando necessário.

O C3 pertence a uma cidade de aproximadamente 237 mil habitantes⁷, foi fundado em 2003 e na época da coleta contava com 8 funcionários (composição da equipe citada anteriormente), pois a terapeuta ocupacional e um médico do serviço haviam saído há alguns meses. Segundo a gerente, em breve haveria a recontração de outros dois profissionais dessas mesmas categorias.

A gerente não tinha o dado de quantos pacientes eram atendidos atualmente, porque tinha o controle apenas do grupo intensivo (chamado de Oficina), no qual o máximo eram 25 pacientes no período da manhã e 25 no período da tarde. Somado aos acolhimentos (aproximadamente 20 por dia), a média de pacientes atendidos diariamente era de 70. A ausência desses dados explicita uma fragmentação importante dentro do serviço, visto que os dados sobre os outros grupos que aconteciam no C3 não eram compartilhados com a gerência, nem com a equipe.

Os pacientes chegavam ao serviço principalmente por demanda espontânea, mas também encaminhados do hospital psiquiátrico da cidade e de Unidades Básicas. Eram acolhidos pelo profissional escalado para aquele dia.

Para iniciar o tratamento no Grupo Intensivo o paciente precisava estar a alguns dias abstinente. O tempo de abstinência variava, cada caso era avaliado individualmente. A abstinência, ou a tentativa de manter-se, era condição para continuidade neste Grupo. Esta regra contraria as propostas atuais do Ministério da Saúde^{2:10}, que colocam como principal estratégia a RD, como podemos observar no trecho seguinte:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento.

Os pacientes do C3 não possuíam PTS, mas segundo a gerente, uma proposta estava sendo discutida com o gestor do serviço para o início de uma Educação Permanente (EP) para a equipe. A partir dessa EP, a equipe seria capacitada para planejar e executar os PTS.

Os pacientes das modalidades de tratamento intensivo e semi-intensivo ficavam no mesmo grupo, chamado de Oficina. Na modalidade intensiva, o paciente frequentava o CAPSad por um período (manhã ou tarde), todos os dias. No semi-intensivo, o paciente ficava o mesmo período na Oficina, reduzindo apenas o número de dias da semana que vai ao tratamento, em geral três vezes na semana. Na modalidade não-intensivo, também chamada de Grupo Externo, os pacientes passavam a ir ao CAPSad quinzenalmente e, por fim, mensalmente, em um grupo diferente e separado da Oficina. Em todas as modalidades a abstinência total era exigida, apesar de a estratégia de RD ser preconizada pelo Ministério da Saúde.²

O processo de alta se dava de acordo com a evolução do tratamento. O paciente era avaliado a cada 30 dias, podendo avançar de modalidade ou não. Em média, passavam cinco meses na Oficina, e aproximadamente dois no Grupo Externo.

A comunicação com outros serviços de saúde era feita quando necessário. Assim como no C1, o C3 também parecia ter uma comunicação insuficiente com as Unidades Básicas, pois o contato só era feito quando necessário, e não para todos os pacientes, o que fragmenta o cuidado com os usuários.

3.2 Ponto de vista das equipes

Os resultados obtidos a partir da análise das respostas dadas às perguntas do questionário sobre a percepção dos profissionais da equipe e dos gerentes a respeito do funcionamento do serviço em que atuavam são apresentados e discutidos a seguir, englobando as categorias pré-estabelecidas no questionário.

A Tabela 1 indica o número de vezes que cada função do CAPSad foi citada ao longo do questionário e entrevistas.

Tabela 1. Principal função dos CAPSad.

Núcleos de sentido	Como você definiria a função/finalidade do CAPSad?			
	C1	C2	C3	TOTAL
1) Tratamento amplo ao usuário (nível físico, cognitivo, comportamental, afetivo e social)	7	7	3	17
2) Reinserção/reabilitação social do dependente químico	4	3	1	8
3) Orientação /suporte à família do dependente químico	1	3	0	4
4) Atividades educativas preventivas na comunidade	1	2	0	3
5) Resposta não responde à pergunta	3	0	0	3
6) Articulação com a rede de saúde	1	0	1	2
7) Apoio matricial	1	0	0	1

Essa pergunta investigou o entendimento que cada profissional tinha da principal função de um CAPSad. Estão contemplados no núcleo de sentido 2 todas as respostas que envolviam a questão da reinserção ou ressocialização do dependente químico como função principal do CAPSad. Apesar de, segundo o Ministério da Saúde⁴, a reinserção social ser o objetivo final dos CAPS, essa não foi a resposta mais dada pelos participantes, estando em segundo lugar, com um total de sete respostas.

Ao considerar a reinserção do portador de sofrimento psíquico no espaço social como o princípio fundamental que norteia as práticas no novo modelo de atenção em saúde mental, depreende-se que a convivência do indivíduo sob tratamento em diferentes espaços sociais é o indicador do que é terapêutico nas ações¹⁰ (p. 736).

No núcleo de sentido 1 foram englobadas todas as respostas que colocavam como função do CAPSad tratar a DQ de modo amplo, no nível físico, cognitivo comportamental, bem como afetivo, sem citar a questão da ressocialização como objetivo final. Entre essas respostas, aparecem também objetivos como “conscientização dos malefícios de SPA”, “mudança de comportamento dos pacientes”, “melhora da qualidade de vida do paciente”, “auxiliar o paciente a retomar o controle da sua vida”, “abstinência e/ou redução de danos”. Embora algumas ideias indiquem uma intervenção voltada também ao ambiente, o foco principal está nas ações individuais do sujeito e pouco em suas relações sociais e em sua inclusão. Neste núcleo, os participantes indicaram que a melhoria da qualidade de vida, por exemplo, dependeria mais do autocuidado do usuário e mudança de hábitos do que de sua reinserção social. Provavelmente por ser uma categoria abrangente, foi a que obteve maior número de respostas.

Grande parte dessas respostas explicitou a ainda predominante visão biomédica na Saúde, na qual o tratamento tem um enfoque curativo, com o objetivo de reduzir os sintomas e manter a abstinência. Como bem apontam Souza e Carvalho¹¹:

quando as práticas de atenção à saúde são direcionadas pela abstinência, seja como regra, norma ou meta terapêutica, o sentido de universalidade de acesso encontra-se condicionado e a clínica se vê reduzida ao objetivo de remissão de sintoma (p. 49).

A orientação à família do dependente químico (núcleo de sentido 3) foi pouco citada, sendo uma das ações essenciais no processo de atendimento a pessoas com DQ. A parceria entre os profissionais e os usuários e seus familiares pode ser potente para identificar necessidades tanto do usuário quanto do grupo familiar e planejar ações terapêuticas conjuntamente, auxiliando também a continuidade do cuidado no ambiente domiciliar.¹²

A prevenção (núcleo de sentido 4) foi também pouco citada como função do CAPS, o que pode nos indicar o baixo índice de atividades preventivas na comunidade desenvolvidas pelos três CAPS, por motivos diversos. Os CAPS devem atuar também na prevenção, por meio de planejamento, implantação e implementação de atividades que tenham como objetivo a redução de fatores de risco e proteção, com práticas de inserção comunitária.¹³

O apoio matricial (núcleo de sentido 5) consiste em fornecer às equipes da Atenção Básica orientação e supervisão dos casos de saúde mental do território, atender conjuntamente casos e situações mais complexas e realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica.³ É uma importante função dos CAPS, porém só foi lembrada pela gerente de C1, o que novamente nos indica a pouca atuação desses serviços nessa parte.

Na pergunta a respeito das fortalezas e fragilidades dos serviços, respostas bastante distintas surgiram, resultando em um número maior de núcleos de sentido. A Tabela 2 indica as fortalezas dos serviços apontadas pelos participantes.

A equipe unida e comprometida (núcleo de sentido 1) aparece como principal fortaleza nos três serviços. Esse núcleo de sentido engloba diversas respostas que avaliam a equipe de forma positiva como “equipe multidisciplinar”, “condutas profissionais”. De forma geral, os participantes demonstraram-se satisfeitos com as relações interpessoais no trabalho e as condutas profissionais dos colegas.

Outra fortaleza que aparece de forma similar nos três serviços é o tratamento oferecido (núcleo de sentido 2). As respostas que citavam como fortaleza aspectos do tratamento foram agrupadas neste núcleo de sentido. Surgiram as respostas “grupos”, “estratégia de RD”, “PTS”, “único local que acolhe o dependente químico e sua família”, entre outras. Uma resposta em especial chama a atenção: “100% abstinência”, de um profissional do C3. O profissional coloca a abstinência total como uma fortaleza do serviço, porém esse preceito, como já exposto, é

contrário às Políticas Nacionais.² Sendo assim, pode-se dizer que essa fortaleza é na realidade uma fragilidade do serviço, pois não se adequou a essas diretrizes.

Tabela 2. Fortalezas do serviço

Núcleos de sentido	Quais aspectos você considera bons neste serviço, ou seja, quais são as fortalezas?			
	C1	C2	C3	TOTAL
1) Equipe unida/comprometida	5	4	3	12
2) Tratamento oferecido	5	4	1	10
3) Apoio dos familiares	3	0	0	3
4) Médicos / medicamentos	2	0	0	2
5) Porta aberta	1	0	1	2
6) Vínculo / valorização por pacientes	1	1	0	2
7) Organização	0	2	0	2
8) Autonomia dos profissionais	1	0	0	1
9) Comunicação	0	0	1	1

A Tabela 3 ilustra os aspectos apontados como fragilidades dos serviços.

A falta de investimento público (núcleo de sentido 1) foi identificada como uma fragilidade pela maioria dos participantes dos três CAPS. Inclui respostas que apontam o espaço físico e número de profissionais insuficientes para a demanda; falta de recursos materiais para oficinas e atividades; falta de valorização do profissional e salários baixos. Uma profissional do C1 aponta que para o porte da cidade a rede de atendimento é insuficiente e há a necessidade de um CAPS III.

Em C2, a falta de investimento público apareceu em todos os relatos de forma marcante. Toda a equipe identifica um descaso da Secretaria da Saúde da cidade para com o serviço, como se evidencia na fala de um profissional: *“Deveria haver alguma forma de Educação Continuada [...] a Secretaria da Saúde não acredita no serviço”*. A equipe queixa-se da falta de materiais e de recursos básicos para o trabalho, utilizando muitas vezes o próprio dinheiro para comprá-los. A dificuldade em atuar na prevenção (núcleo de sentido 9), segundo a gerente, está diretamente relacionada com essa falta de investimento, inviabilizando as atividades planejadas fora do CAPS.

Tabela 3. Fragilidades do serviço

	Quais aspectos precisam melhorar neste serviço, ou seja, o que considera como fragilidades?			
Núcleos de sentidos:	C1	C2	C3	TOTAL
1) Investimento público	8	6	4	18
2) Gestão	2	0	0	2
3) Tratamento oferecido	2	0	0	2
4) Estigmas da DQ	1	1	0	2
5) Comunicação entre equipe	0	1	1	2
6) Não identifica fragilidades	1	1	0	2
7) Comunicação intersetorial	1	0	1	2
8) Condutas profissionais inadequadas	0	0	1	1
9) Não atua na prevenção da DQ	0	1	0	1
10) Burocracia excessiva	0	1	0	1

A fragilidade da gestão (núcleo de sentido 2) aparece em dois relatos do C1, uma delas se referindo diretamente a gestão da saúde mental do município e do próprio serviço, e a outra referindo-se a falta de parcerias com as outras secretarias.

Também em C1, duas profissionais apontam o tratamento oferecido neste CAPS (núcleo de sentido 3) como algo que precisa melhorar. Citam a falta de OT e de atividades durante todo o dia para os pacientes, e uma delas critica também o fato de este CAPS ser muito voltado à questão biológica/medicamentosa em detrimento da psicossocial.

A proposta da Clínica Ampliada⁸ é a de “evitar uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico”, como o biomédico, sendo preconizada a abordagem multiprofissional e interdisciplinar. Os CAPS contam com equipes multidisciplinares para que o olhar e o cuidado para com o paciente possam ser integrais, no âmbito biopsicossocial.² Portanto, a fragilidade identificada por essas duas profissionais merece uma atenção especial da gestão, pois se o tratamento oferecido tem sido excessivamente voltado para a questão médica/biológica, o C1 não tem funcionado como um Centro de “Atenção Psicossocial”, ou seja, não tem cumprido seu papel principal.

O núcleo de sentido 4 refere-se ao estigma da DQ, fragilidade observada por dois profissionais de diferentes CAPS. No C1, foi apontada a falta de compreensão da sociedade do que é DQ e o aspecto curativo com o qual os tratamentos são vistos. No C2 foi apontado o preconceito da sociedade em relação à DQ. Há discriminação em relação aos sujeitos com DQ em diversos contextos, nos quais há julgamento moral de sua condição, relacionando-a à criminalidade, à falta de caráter e à fraqueza de personalidade. A compreensão da DQ como

uma condição de saúde ainda é restrita na população em geral. Estes preconceitos dificultam a inserção destas pessoas com DQ no mercado de trabalho, geram sentimentos de desvalorização e problemas emocionais, econômicos e sociais outros, o que dificulta ainda mais sua reabilitação e a construção de sua cidadania.¹⁴

Percebe-se que a maioria dos participantes da pesquisa não identificou fragilidades relacionadas à equipe ou ao funcionamento do próprio serviço, projetando as fragilidades para questões externas, das quais não se responsabilizam, como a falta de investimento público. Isso pode indicar uma resistência em olhar para si enquanto profissional e parte de uma equipe de forma crítica, reconhecendo as próprias dificuldades e necessidades de mudança.

As respostas à última pergunta do questionário/entrevista tiveram uma variedade de justificativas, que foram agrupadas nos três núcleos de sentido anteriores. Entre as pessoas que responderam "sim", oito justificaram que o CAPS reduz as internações hospitalares; três acreditavam que favorecia a reinserção social; sete justificaram que estava de acordo por seguir os Protocolos para CAPS e Políticas Nacionais; um profissional do C3 justificou que "sim" por trabalharem com demanda espontânea e três responderam "sim", mas não justificaram. A Tabela 4 indica as respostas a este questionamento.

Tabela 4. Consonância das práticas do serviço com as Propostas

Núcleos de sentidos:	Na sua opinião, este CAPS está de acordo com os ideais da reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental atuais? Justifique.			
	C1	C2	C3	TOTAL
1) Sim	9	7	3	19
2) Parcialmente	2	1	0	3
3) Não	1	0	1	2

Apesar de a grande maioria dos participantes acreditar que o CAPS no qual atuavam estava de acordo com as Políticas Nacionais, vários aspectos identificados pela pesquisa nos serviços destoavam disso. Esses aspectos podem ter sido minimizados, pois assim como na questão da identificação de fragilidades do serviço, dizer que o CAPS ainda estava distante das propostas era reconhecer uma fragilidade na própria atuação enquanto parte de uma equipe que deveria rever sua prática. Um fragmento da resposta da gerente do C3 explicita isto: "Então eu acho, acho sim... Se eu falar que não né, o que que eu tô fazendo aqui?"

Outra possibilidade é que essa distância das propostas não seja percebida por esses profissionais. Neste caso, capacitações e EP se fazem necessárias, primeiramente para sensibilização e mudança de paradigmas em relação à DQ e seu tratamento, e posteriormente para que haja o conhecimento e compreensão da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas.²

Das pessoas que responderam "não", a do C1 acreditava que o serviço não estava de acordo por prestar um atendimento predominantemente ambulatorial; e a do C3 justificou que o serviço não estava de acordo porque faltavam profissionais. Ambas as respostas indicam uma problemática que deve ser considerada com urgência pelos gestores.

Além da falta de investimento, outra dificuldade observada no C2 é a excessiva centralização de decisões e saberes na figura do médico, como se evidencia na fala da gerente em resposta à pergunta "Na sua opinião, este CAPS está de acordo com os ideais da reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental atuais?": "Tá. O Dr. O. é bem crítico nessa parte, ele gosta das coisas bem certinhas. O que o Ministério da Saúde preconiza nos CAPS a gente faz, tudo certinho aqui". As três pessoas que acreditavam que o serviço estava parcialmente de acordo referiram a tentativa e esforço de se adequarem às Políticas Nacionais de Saúde Mental, mas

ainda não conseguiram totalmente. Essas respostas mostram uma visão crítica sobre a prática, pois conseguem perceber a distância entre as propostas e a realidade, identificando o que ainda era preciso ser feito.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos CAPS analisados, levando em consideração as limitações dos instrumentos utilizados, o que aparentemente estava atuando em maior consonância com as propostas do Ministério da Saúde era C2. Apesar da importante falta de investimento público, C2 contava com amplo espaço externo, oficinas de geração de renda, grupos diversos, discussões e planejamentos de casos em equipe, atuando na lógica da RD. Os pacientes tinham uma caixa de sugestões/críticas/elogios ao serviço, que davam à equipe um *feedback* do tratamento oferecido.

O C1, de forma geral, pareceu estar caminhando para a adequação às propostas. Trabalhava com a lógica de RD, possuía grupos diversos e a equipe tinha reuniões para discussão dos casos e questões administrativas. Possuía um grupo específico para dependentes de medicamentos benzodiazepínicos, dependência esta muitas vezes negligenciada pelas equipes de saúde, mas que merece atenção especial pelo alto índice de abuso da substância.

As maiores fragilidades pareciam ser a inexistência da modalidade de tratamento intensivo, de Oficinas e atividades diversificadas, e a predominância do modelo médico/biológico em detrimento do psicossocial.

Por fim, C3 foi o CAPS que se apresentou mais distante das propostas do Ministério. Primeiramente por exigir a abstinência de todos os pacientes, levando pouco em conta a singularidade, desejo e possibilidade de cada sujeito que se apresenta buscando um tratamento; e indo também contra a lógica de RD prevista para CAPSad, como já exposto. C3 também não possuía grupos diversificados para as diferentes necessidades de cada paciente, nem OT, sendo todos os pacientes das modalidades intensivo e semi-intensivo agrupados em um mesmo grupo. A falta de espaço físico aliada ao número insuficiente de profissionais provavelmente era um fator decisivo para esta fragilidade. Nas respostas de alguns profissionais aos questionários notou-se o desconhecimento da maior parte das Políticas Nacionais e diretrizes para os CAPSad. A Educação Continuada para capacitação dos profissionais deste e dos outros CAPS se faz necessária para a eficácia do serviço na reabilitação dos pacientes – como bem observado pela gerente do C3.

Os CAPS analisados primeiramente diferiam entre si pelo número de habitantes, contexto político e realidade encontrada em cada município. De acordo com cada realidade é que esses CAPS foram planejados, sendo esperado que houvesse diferenças consideráveis entre eles. Por isso, a intenção deste trabalho não foi comparar os CAPS entre si, mas sim a aproximação ou distanciamento com as Políticas Nacionais.

A partir desses dados, é possível refletir sobre a efetividade da atual proposta de tratamento oferecida pelo SUS, ou, o quanto ainda é preciso caminhar para que essa proposta seja uma realidade nos CAPSad da região.

A partir das fortalezas identificadas em cada serviço é possível agir sobre as fragilidades, buscando a qualidade de atendimento ao usuário com o objetivo final da reinserção social dos pacientes. É necessário investir na Educação Permanente das equipes, em sua formação para além de competências e habilidades técnicas, promovendo também reflexões e atitudes éticas e construção de conhecimento a partir de suas vivências.¹⁵

Em função da importância da temática, sugerem-se outras pesquisas para seu aprofundamento, nos próprios CAPSad, porém analisando os serviços sob a ótica dos usuários e familiares, por exemplo. Poderiam ser utilizados instrumentos e procedimentos diversos além de questionários e entrevistas, com o desenvolvimento de grupos focais a partir de temáticas específicas que se queira aprofundar.

Além disso, devem ser realizados estudos em outros serviços que compõe a Rede de Atenção Psicossocial a estes usuários, como consultórios de rua, residências terapêuticas, Atenção Básica, hospitais gerais com pronto-socorro e leitos de internação que atendem esta população, bem com locais alternativos, como comunidades terapêuticas e grupos de apoio. Há que se

aprofundar as pesquisas para ampliar a compreensão do funcionamento destes serviços, utilizando o conhecimento científico produzido como subsídio para melhoria das práticas de cuidado, rumo à maior integralidade, humanização e inclusão social.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Marini M. *Preditores de adesão ao projeto terapêutico em centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas*. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília; 2003.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília; 2004.
- 4 Ferreira ACZ et al. Factors that interfere in patient compliance with chemical dependence treatment: health professionals' perceptions. *Rev Min Enferm* 2015; 19 (2): 157-164.
- 5 Louza, KNS. *Avaliação dos centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad) do estado de Minas Gerais*. [dissertação]. Juíz de Fora: Universidade Federal de Juíz de Fora. Instituto de Ciências Humanas. Programa de pós-graduação em psicologia; 2018.
- 6 Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta; 1977.
- 7 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Projeções da população: Brasil e unidades da federação*. Revisão 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. [acessado 2018 dez. 26]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101597.pdf>.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília; 2009.
- 9 Mendes, MF, Lopes VB, Lobo, APA. Saúde mental e arte: relato de uma oficina de experiências estéticas em um centro de atenção psicossocial. *Revista CBSM* 2016; 8 (20): 70-78.
- 10 Souza J de et al. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. *Texto contexto- enferm* 2012; 21 (4): 729-738.
- 11 Souza T de P, Carvalho SR. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. *Polis Psique* 2012; 2: 37-58.
- 12 Selegheim MR, Galera SAF, Oliveira MLF de. Pesquisa com Usuários de Crack e seus Familiares: Análise de uma de uma vivência. *Sau. & Transf. Soc.* 2014; 5 (1): 36-41..
- 13 Estauber A, Guimarães CF. A produção de subjetividade dependente nos CAPSad: problematizando as práticas de cuidado dos usuários de álcool e outras drogas. *Saúde em Redes* 2017; 3 (3) : 273-383.
- 14 Zanatta AB, Garghetti FC, Lucca SR de. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas sob a percepção do usuário. *RBSP* 2012; 36 (1): 225-237.
- 15 Magalhães MPC. *Educação Permanente em Saúde Mental: pesquisa intervenção em um CAPSad*. [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde; 2017.

Artigo Recebido: 26.05.2016

Aprovado para publicação: 19.07.2017

Camila Mugnai Vieira

Faculdade de Medicina de Marília (Famema)

Av. Monte Carmelo, 800

CEP: 17519-030. Marília, SP – Brasil

E-mail: camilamugnai@gmail.com
