

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS: NOVAS PROPOSTAS, NOVOS DESAFIOS

CENTER OF PSYCHOSOCIAL ATTENTION ALCOHOL AND DRUGS
AND HARM REDUCTION: NEW PROPOSALS, NEW CHALLENGES

*Jacqueline de Souza**
*Luciane Prado Kantorski***
*Sérgio Eduardo Gonçalves****
*Fernanda Barreto Mielke*****
*Danieli Bispo Guadalupe******

RESUMO: O estudo objetivou analisar o funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas como novo modelo de assistência e sua interação com o Serviço de Redução de Danos. Foi realizado no período de dezembro de 2004 a agosto de 2005, a partir de 300 horas de observação-participante do cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas num município da região sul do Rio Grande do Sul, sendo que, para a interpretação dos resultados, foram utilizados também dados de 96 horas de observação-participante no Serviço de Redução de Danos do mesmo município. Os resultados apontaram uma rede de serviços relativamente desconexa, porém com vastas possibilidades para complementaridade da atenção; observou-se também a influência da formação médica-hospitalocêntrica e a falta de engajamento de alguns profissionais como fatores importantes no conjunto de desafios para a consolidação de uma nova proposta de assistência.

Palavras-chave: Atenção psicossocial; álcool; droga; redução de dano.

ABSTRACT: The aims was to analyse the functioning of the Center of Psychosocial Attention Alcohol and Drugs (CAPS ad) as a new model of assistance and on its interaction with the Harm Reduction Service. The study was based on 300 hours of participant observation of the routines at the Center of Psychosocial Attention Alcohol and Drugs, located south of the southern state of Rio Grande do Sul, Brazil from December, 2004 to August, 2005. For interpretation of results, data from 96 hours of participant observation in the Harm Reduction Service of the same city was also used. The results pointed, on the one hand, to a relatively disconnected net of services, and on the other, to vast possibilities for care complementarities. The doctor-hospital relation and the lack of commitment by some professionals stood out as important challenges for the consolidation of a new proposal of assistance.

Keywords: Psychosocial attention; alcohol; drug; harm reduction.

INTRODUÇÃO

O uso abusivo de álcool e drogas consiste numa problemática presente nas diversas partes do mundo e, por conseguinte tem sido objeto de estudo das diversas áreas do conhecimento.

Tendo em vista a complexidade da temática, este estudo tem como objetivo analisar o funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), focalizando as práticas como novo modelo de assistência aos indivíduos com problemas pelo uso abusivo de drogas e evidenciar a possibilidade de atuação conjunta entre o Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas e o Serviço de Redução de Danos, em prol da efetiva consolidação de uma rede

de saúde mental de base comunitária. Pretende-se com isso, contribuir na discussão acerca das possibilidades de construir diferentes formas da nossa sociedade lidar com a questão do abuso de drogas.

MARCO REFERENCIAL

A atual Política de Saúde Mental, adotada pelo Ministério da Saúde assumiu como desafio a consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial que seja capaz de atender às pessoas em sofrimento psíquico, bem como às que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego, de

modo a promover reintegração social e cidadania. Essa deliberação de um novo modelo de assistência tem sua base nas propostas da Reforma Psiquiátrica¹.

A Reforma Psiquiátrica busca a consolidação de uma rede de assistência focada em princípios e práticas psicossociais e apresenta uma estratégia reorganizadora das práticas assistenciais, privilegiando novos espaços que possibilitam a integração do sujeito em sofrimento psíquico, promovendo a organização das atividades em território definido, reafirmando e buscando incorporar, nas ações de saúde mental, os princípios e garantias dos direitos humanos².

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas³ preconiza que a assistência a esses usuários deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad), além disso, a atenção a esses usuários deve ser contemplada pela atuação integrada dos Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Serviço de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo, desenvolvido através de 300 horas de observação participante do cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas da região sul do Brasil. Além disso, foram utilizados dados de 96 horas de observação livre no Serviço de Redução de Danos do município em questão. O estudo foi desenvolvido no período de dezembro de 2004 a maio de 2005*****.

O projeto foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas; foram respeitados todos os aspectos éticos previstos pela Legislação e pelo Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem.

Os dados foram analisados após a leitura sistemática dos diários de campo e confronto com as recomendações do Ministério da Saúde, com as Normas de Regulamentação dos Serviços de Saúde Mental e com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Após leituras sucessivas dos dados, discussão entre os pesquisadores envolvidos e nova revisão de literatura para embasamento dos achados, estes foram organizados em *corpus* de comunicação, conforme sugerido por Minayo⁴, possibilitando que os resultados descritivos fossem apresentados ao longo dos itens: o

funcionamento do CAPS ad, o Serviço de Redução de Danos e a interação do CAPS ad com o Serviço de Redução de Danos – novas possibilidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Funcionamento do CAPS ad

O CAPS ad é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, esse serviço oferece atendimento diário aos pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua; o CAPS ad deve ser apoiado por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária como internação domiciliar e inserção comunitária de serviços.

O CAPS ad funciona das 8:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira, tendo, diariamente, um profissional técnico de plantão para acolhimento dos usuários. Nesses serviços são desenvolvidas atividades como atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação), atendimento em grupo, oficina terapêutica e visita domiciliar. Além disso, devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar.

A estrutura física do CAPS ad estudado se configura numa casa ampla, de dois pisos; no andar inferior há uma garagem grande onde são realizadas as oficinas de geração de renda; há uma sala de espera; cozinha, despensa, lavanderia e um consultório no qual são feitos os acolhimentos. Ainda no piso inferior há uma sala grande onde são feitas as oficinas de artes; esta mesma sala é utilizada para as refeições. No quintal dessa casa há uma horta que é mantida pelos usuários e ao fundo há uma área coberta onde ocorre a oficina de marcenaria.

No piso superior há três consultórios para atendimento individual, uma sala de enfermagem com um leito de repouso, uma sala administrativa onde se encontram as fichas de atendimento e os prontuários dos usuários e mais uma sala destinada às reuniões.

Ao longo das paredes do CAPS ad estão expostos vários trabalhos artísticos feitos pelos usuários nas oficinas. É muito evidente a relação positiva que eles têm com as atividades artísticas e esportivas bem como a forte vinculação com os profissionais responsáveis por estas atividades, pois são profissionais que

estão em contato direto e cotidiano com os usuários e participam juntos das atividades.

A equipe era formada por dois assistentes sociais, três psicólogas, sendo que uma delas era a coordenadora do CAPS, dois médicos psiquiatras, uma médica clínica e duas enfermeiras (uma no turno da tarde e outra no turno da manhã), dois auxiliares de enfermagem (um para cada turno) um profissional de educação física, um profissional de artes, um professor de música e um artesão.

As atividades de oficinas são especificadas a cada usuário de acordo com o Plano Terapêutico Individual (PTI) que começa a ser definido durante o acolhimento, de acordo com as aptidões, preferências do usuário e opiniões da equipe técnica.

Cada oficina observa dias e horários definidos e é coordenada especificamente por um profissional facilitador, conforme mostra a Figura 1.

No CAPS ad são realizadas terapias em grupo que também são especificadas a cada usuário no seu Plano Terapêutico Individual (PTI), que pode so-

frer alterações de acordo com a evolução e necessidade do cliente. Os grupos são coordenados por um ou dois profissionais de nível superior, de acordo com os dias e horários da Figura 2.

Cabe acrescentar que algumas atividades são também realizadas fora da estrutura física do CAPS ad; através da Oficina de Geração de Renda, por exemplo, alguns usuários são direcionados para adquirirem a licença de artesão e, conforme executam suas atividades artesanais, reúnem-se com a Terapeuta Ocupacional, periodicamente, para se organizarem para a venda dos produtos em feiras ou encontros. Há dois usuários do CAPS ad que também, através dessa oficina, estão realizando um curso no SESI, um sobre plantas medicinais e outro sobre materiais recicláveis.

Com relação à Educação Física, há também um projeto do qual participam um ou dois usuários de cada CAPS do Município em atividades de Nataçãõ no SESC; do CAPS ad, um usuário participa, semanalmente, desta atividade. Além disso, há fes-

| Oficinas | | | | | |
|----------|-------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | 2ª.feira | 3ª.feira | 4ª.feira | 5ª.feira | 6ª.feira |
| M | | | | | |
| a | | | | | |
| n | | | | | |
| h | | | | | |
| ã | | | | | |
| T | Marcenaria (Artesão) | Pintura e Artesanato (Profª. Artes) | Reunião de Equipe | Pintura e Artesanato (Profª. Artes) | Marcenaria (Artesão) |
| a | Marcenaria (Artesão) | Música (Prof. Música) | Oficina de Argila (Profª. Artes e Artesão) | Ed. Física (Profª. Ed.Física) | Marcenaria (Artesão) |
| r | Ed. Física (Profª. Ed.Física) | | | Música | Oficina de Argila (Profª. Artes e Artesão) |
| d | | | | | |
| e | | | | | |

FIGURA 1: Dias e horários das oficinas no CAPS ad e respectivos facilitadores das atividades.

| Grupos | | | | | |
|----------|--|---|--|---|----------|
| | 2ª.feira | 3ª.feira | 4ª.feira | 5ª.feira | 6ª.feira |
| M | | | | | |
| a | | | | | |
| n | | | | | |
| h | | | | | |
| ã | | | | | |
| T | Grupo de Mulheres (Psiquiatra e Psicóloga) | | Reunião de Equipe | Grupo de Promoção de Abstinência (Psiquiatra e Psicóloga) | |
| a | Grupo de Artesãos (Terapeuta Ocupacional) | Grupo de Prevenção de Recaída (*) (Psicóloga e Assistente Social) | Grupo de Artesãos – vendas (Terapeuta Ocupacional) | | |
| r | Grupo de Prevenção de Recaídas (Psicóloga e Assistente Social) | Grupo de Familiares(*) (Assistente Social) | Grupo de Promoção de Abstinência (Assistente Social e Psicóloga) | | |
| d | | Grupo de Promoção de Abstinência (Assistente Social e Enfermeira) | | | |
| e | | | | | |

(*) grupos realizados quinzenalmente.

FIGURA 2: Dias e horários dos grupos no CAPS ad e respectivos coordenadores das atividades.

tas e torneios organizados por outros CAPS para os quais os usuários do CAPS ad são convidados; como exemplo, no período de observação deste estudo, houve uma festa de páscoa, um torneio de futebol e também o Mental Tchê – um encontro de saúde mental em São Lourenço do Sul/RS.

Além disso, algumas vezes, a Professora de Educação Física realiza passeios na cidade, visitando museus, prédios históricos e eventos locais.

Com relação à tomada de decisões no CAPS ad estudado, foi observada a continuidade da verticalização típica de uma hierarquia baseada no modelo biomédico, cujos profissionais, que não eram especificamente da área médica ou psi, não estavam incluídos na escala de plantão de acolhimento e tinham um poder distinto nas decisões da equipe. Conforme as observações registradas, eram os profissionais que tinham uma vinculação mais forte com os usuários, uma vez que passavam a maior parte do tempo com eles e participavam juntos das atividades desenvolvidas durante as oficinas.

As assembleias gerais dos usuários eram realizadas apenas uma vez ao mês e as relações dos profissionais de saúde x usuários eram bastante delimitadas, configurando-se em relações de poder. Um fato que reforça essa hierarquia verticalizada no CAPS

ad deste estudo é a divisão do espaço físico, em que os técnicos (exceto os profissionais de artes, educação física e música que ministram as atividades nos espaços das oficinas) assumem todo o 2º andar do edifício e os usuários ficam no andar inferior, só podendo subir se forem chamados para consultas ou grupos. Essa questão é bastante influenciada pela idéia de periculosidade com relação aos usuários, que muitas vezes já tiveram envolvimento com o crime, tráfico de drogas e outros *desvios de conduta*.

Tais questões devem ser ressaltadas quando se fala de um serviço pertencente ao modelo de assistência que pretende superar o modo asilar pois tal fato já foi previsto num estudo⁵ que recomenda a precaução, visto que o exercício do paradigma psicossocial é fustigado por pulsações que lhe são antagônicas, como as formas de organização institucional na sociedade em geral; a dominância do processo de fragmentação do trabalho; o predomínio da alienação do sujeito como fato social; e a divergência entre o grau de desenvolvimento da tecnologia e o grau de desenvolvimento da força de trabalho. Acrescenta que dois modelos só serão contraditórios se a essência de suas práticas se encaminhar em sentidos opostos quanto a seus parâmetros de base. Esses parâmetros são explicitados na Figura 3.

| Modo Asilar | Modo Psicossocial |
|--|--|
| - Ênfase no orgânico | - Ênfase na relação como usuário e suas implicações subjetiva e sociocultural |
| - Modelo médico de doença, ênfase no tratamento medicamentoso | - Considera os fatores políticos e biopsicosocioculturais |
| - Base: biologicista | - Atenção ao sofrimento psíquico com ênfase na reinserção social e resgate da cidadania. Uso de dispositivos de reinte-gração sociocultural (psicoterapias, socioterapias, cooperativas de trabalho) |
| - Hegemonia médica | - Bases: pressupostos da reforma sanitária: descentralização, participação territorialização e integralidade |
| - Estratificações de poder e saber entre profissionais | - Poder decisório se dá através de reuniões gerais e a coordenação procura administrar as ações conjuntas para fazer e executar as decisões coletivas |
| - Intervenções centradas só no indivíduo | - Trabalhos com família e sociedade para mudanças e tratamento |
| - Isolamento familiar e social | - Indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social |
| - Indivíduo é visto como doente e não é participante do tratamento: espaço de relação entre "doentes" e "sãos" | - Indivíduo é o participante principal do seu tratamento |
| - Hospital psiquiátrico: estrutura fechada | - Diálogo, o cliente fala (interlocução) |
| - Organogramas piramidais e verticais com fluxo do ápice para a base | - Livre trânsito do usuário e da população: o serviço é ponto de fala e de escuta destes |
| - Equipe multiprofissional, mas cuidados fragmentados | - Organograma horizontal com um fluxo subvertido |
| - Reprodução das relações verticais do modo capitalista | - Interdisciplinaridade: envolvimento de todas as dimensões da instituição nas práticas de atenção |
| | - Participação, autogestão e interdisciplinaridade: singularização, horizontalização, interlocução |

FIGURA 3: Parâmetros basilares das práticas do modo asilar e do modo psicossocial.

O Serviço de Redução de Danos

A Política de Redução de Danos baseia-se nos modelos teóricos sócio-cultural e geopolítico estrutural que consideram a problemática das drogas como uma questão social, cujas intervenções têm por objetivo principal minimizar os efeitos danosos das drogas, buscando a melhoria do bem-estar físico e social dos usuários e ajudá-los a atuar socialmente^{6,7}. Nessa abordagem são realizados trabalhos de campo nas ruas, em hospitais e em prisões, buscando tornar mais acessíveis os serviços de saúde e propiciar oportunidades de reabilitação social⁸.

Os profissionais que atuam nesse programa devem assumir uma postura compreensiva e inclusiva, considerando o usuário como um ser racional e, portanto, os serviços de tratamento/saúde devem estabelecer com ele relações de cooperação, sem o uso de técnicas hostis ou confrontativas, mas utilizando, essencialmente, o serviço na comunidade através de educadores de saúde e do recrutamento de ex-usuários para atuarem como redutores de danos⁹.

Respeito às diferenças, retomada do acesso à dignidade e à cidadania, abordagem humanitária para os que estão em maior risco e atuação preventiva junto às populações ainda não atingidas são algumas das atribuições desse novo modelo que tem uma filosofia pragmática e humanitária, isenta de julgamentos crítico-morais, optando pela saúde e responsabilidade pessoal, mais do que pela punição decorrente de comportamento inadequado¹⁰.

Destarte, as atividades do redutor de danos objetivam buscar o vínculo e conquistar a confiança dos usuários de drogas, sendo que a estratégia de contato com a população é a troca de seringas e a intervenção educativa – orientações individuais, aconselhamento, distribuição de panfletos, cartazes, preservativos entre outros¹¹.

O Serviço Municipal de Redução de Danos (SMRD) estudado realizava atividades de campo visando prevenir a disseminação da (AIDS) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), entre usuários de drogas, e diminuir as consequências do uso abusivo de substâncias entorpecentes, promovendo ações de inclusão desse usuário na rede pública. Nos campos eram realizados acompanhamentos e encaminhamentos de usuários e não-usuários, além de oficinas, distribuição de preservativos com as devidas orientações, abordagem de adolescentes com orientações educativas sobre as DST's e as drogas.

A equipe, composta por usuários, ex-usuários e não-usuários, contava com um coordenador, um assistente de coordenação, um supervisor de campo e sete agentes redutores de danos. Considerando a especificidade do perfil dos redutores, convém ressaltar a complexidade de se formar uma equipe coesa, integrada como grupo e comprometida com os objetivos do Programa de Redução de Danos, além do grande desafio em que consiste a sua coordenação e supervisão.

Os trabalhos de campo eram realizados em quatro grandes bairros, que se subdividem em 16 bairros menores nas áreas marginais da cidade; em sua maioria bairros pobres, com precárias condições de moradia, sem saneamento básico; alguns clientes eram moradores de barracos de madeira às margens de canais.

As abordagens eram feitas pelos agentes que se dividiam em duplas para percorrer os bairros e atender aos usuários e seus familiares. A ação era realizada de pessoa a pessoa, quando se orientava sobre o trabalho de Redução de Danos e as formas de prevenção das DST's, AIDS e Hepatites e ocorria a entrega de preservativos e a troca do kit (seringa descartável, água destilada, algodão) para os usuários de drogas injetáveis (UDI's). Para esses usuários, além das trocas, eram feitos encaminhamentos para consultas nos postos de saúde, para o serviço especializado em testagem anti-HIV e para o CAPS ad, quando havia interesse pelo tratamento.

Na maioria dos campos acessados, o Serviço é bem conhecido pela comunidade, principalmente pela distribuição de preservativos; no entanto, durante o período estudado, poucos usuários de drogas foram encontrados.

Tendo em vista que o álcool tem sido responsável por uma grande parcela de co-morbidades relacionadas às drogas, acredita-se ser importante expandir as abordagens, incluindo os indivíduos alcoolistas, através da distribuição de folders ilustrativos e da abordagem direta com a divulgação de orientações preventivas e de possíveis encaminhamentos e tratamentos.

As atividades em forma de oficinas também deveriam ser mais exploradas, tanto nos campos quanto em eventos, escolas e universidades, pois a equipe tem um potencial importante para esse tipo de atuação; além disso, todo o esforço despendido na quebra de preconceitos, é efetivamente uma atuação centrada na proposta de redução de danos uma vez que combate também a exclusão social.

A relação entre o CAPS ad e o Serviço de Redução de Danos

É imprescindível ressaltar que tanto o CAPS ad quanto o Serviço de Redução de Danos pertencem ao modelo de assistência psicossocial que pretende superar o modo asilar. No entanto, o CAPS ad, no período estudado, não desenvolveu de modo efetivo as visitas domiciliares ou outras intervenções comunitárias e o contato com o Serviço de Redução de Danos se restringia a receber os indivíduos por eles encaminhados.

Cabe ressaltar que cinco das 10 recomendações básicas para ações na área de saúde mental/álcool e drogas, estabelecidas pelo Relatório Mundial da Saúde de 2001¹², fazem referência às intervenções na comunidade, a saber: promover cuidados comunitários; educar a população; envolver comunidades, famílias e usuários, atuar de forma integrada com outros setores, monitorizar a saúde mental da comunidade.

Acredita-se que essa lacuna poderia ser bem preenchida se houvesse conforme preconizado pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas³, a integração efetiva com os demais serviços disponíveis pelo SUS, como as Unidades Básicas de Saúde, as equipes do Programa de Saúde da Família e, sobretudo o Serviço de Redução de Danos que, até o momento do estudo, atuavam de forma independente e relativamente desconexa.

No entanto, para a consolidação dessas parcerias, se faz necessário um programa de capacitação das equipes para uma atuação transdisciplinar, com a definição do melhor plano de ação a ser compartilhado e reuniões periódicas para a complementaridade da atenção, através das diversas abordagens de caráter preventivo, promocional e de reabilitação/recuperação de saúde às pessoas em seus grupos de convivência específicos.

A transdisciplinaridade é o diálogo e cooperação entre as diferentes áreas do conhecimento; diálogo nascido em decorrência da discussão de um problema não resolvido numa área específica e que requer a cooperação de diversas outras especialidades no intuito de gerar novos dispositivos e formas de abordar o problema¹³.

A formação de uma rede de saúde mental é uma temática já definida como essencial para a consolidação da desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica, no entanto, verificar essa necessidade na prática e descrever uma possível

operacionalização para a atuação das diversas partes envolvidas requer observação sistemática do cotidiano desses serviços, planejamento participativo, organização e coordenação das atividades, intervenções competentes e avaliação contínua..

Os novos serviços, advindos da reorientação do modelo assistencial, têm que estabelecer um diálogo permanente e eficaz com a realidade concreta da vida cotidiana, suas limitações e possibilidades¹⁴. Assim, propõe-se a atuação conjunta do CAPS ad, do Serviço de Redução de Danos e da Unidade Básica de Saúde.

O CAPS ad deveria estabelecer uma escala, semelhante à escala de acolhimento, para a busca ativa de usuários faltosos, bem como visitas e intervenções de caráter comunitário, sobretudo buscando parcerias com outros setores na comunidade, como escolas, igrejas, grupo de moradores entre outros. Considerando que algumas pessoas realmente não têm o perfil para intervenções comunitárias, tal escala deveria ser determinada após discussão em grupo e em parceria com a Equipes do Programa Saúde da Família, (quando existir) no bairro dos usuários em questão.

Essas intervenções poderiam ser feitas em parceria com algum dos membros da Equipe do Redução de Danos pois eles têm considerável familiaridade com as atividades de campo. Além disso, tendo em vista que esse serviço se utiliza de mão-de-obra proveniente de usuários, ex-usuários e não-usuários de drogas, é evidente a sua facilidade de comunicação, abordagem e inserção na comunidade.

A integração de uma enfermeira na Equipe do Redução de Danos ampliaria suas ações uma vez que ela poderia realizar o diagnóstico da comunidade, identificando fatores de risco e proteção junto com os redutores e acessando os familiares dos usuários do CAPS através de visitas domiciliares sistematizadas.

Ainda, a Equipe do Redução de Danos deveria empenhar-se também em oficinas para a formação de multiplicadores de informações e prevenção especificamente entre adolescentes. Além disso, através da interação com o CAPS ad, poderia acrescentar às suas abordagens os indivíduos cujas famílias procuram esse serviço devido aos problemas de adicção em seus familiares que não querem ser submetidos ao tratamento.

Uma iniciativa no sentido de integração dos serviços foi observada durante o período de coleta de dados: o referido Serviço de Redução de Danos estava executando um projeto de capacitação de téc-

nicos e agentes comunitários das Unidades Básicas de Saúde de bairros estratégicos. Os principais temas estudados estavam relacionados ao estigma/preconceito no atendimento aos indivíduos usuários de drogas, bem como questões básicas sobre a abordagem da clientela e informações sobre os serviços disponíveis para possíveis encaminhamentos.

Assim, a conexão dessas redes se faz cada vez mais urgente e requer, portanto, reuniões de equipe periódicas principalmente entre o CAPS ad e o Serviço de Redução de Danos para a elaboração do plano de trabalho e a interação com os clientes atendidos. Sobretudo, a participação da Unidade Básica de Saúde, através da atuação comunitária para a identificação de casos e encaminhamentos, teria um papel fundamental quando esse usuário obtivesse alta do CAPS ad e na detecção precoce de fatores de risco para recaída nas famílias desses indivíduos.

CONCLUSÃO

A nova proposta de assistência tem bases consolidadas, no entanto o engajamento das pessoas – sobretudo de alguns profissionais – tem sido insuficiente. Contribui para isso a formação desses indivíduos, geralmente voltada para o modelo médico hospitalocêntrico e com base numa filosofia cartesiana de especialidades. Tais características se refletem na dificuldade em manter relações horizontais com os usuários, no desinteresse em intervenções na comunidade e com a forma desconexa de atuação dos profissionais e, por conseguinte, dos serviços.

Desse modo, a luta por uma assistência psiquiátrica mais humanizada vai muito além da conquista de novos modelos de atenção, abarca também a necessária ruptura de paradigmas ideológicos e resistências silenciosas demonstradas pelas ações e atitudes de profissionais ainda não sensibilizados com a nova proposta e que, mesmo atuando em estruturas físicas regulamentadas pelos moldes da Reforma Psiquiátrica, são capazes de reproduzir o modelo manicomial que tem influência direta do sistema capitalista, no qual está estruturada a sociedade brasileira.

A consolidação de uma rede de saúde mental não consiste numa realidade utópica; o primeiro passo para sua efetivação consiste na disposição de todos os profissionais envolvidos de atuar de forma transdisciplinar, valorizando a interação dialógica, para a criação de novos modos de enfrentamento dos

desafios da complementaridade da atenção aos indivíduos usuários de drogas, numa proposta de assistência mais humana e coerente.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Política de saúde mental. [citado em: 27 jun. 2005]. Disponível em <http://www.saude.gov.br>.
2. Prandoni RFS, Padilha MICS, Spricigo JS. A reforma psiquiátrica possível e situada. *R Enferm UERJ*. 2006; 14(3):357-65.
3. Ministério da Saúde (Br). Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 1992.
5. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio – subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.
6. Spricigo JS, Alencastre MB. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas: um estudo em Biguaçu-SC. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004; 12:427-32.
7. Spricigo JS, Carraro TE, Cartana MHF, Reibnitz KS. Atenção ao usuário de drogas: um espaço para o enfermeiro. *Texto e Contexto Enferm*. 2004; 3:296-302.
8. Universidade Federal de São Paulo. Programa de orientação e atendimento a dependentes: o que é a redução de danos e a redução de riscos. [citado em 1 dez. 2004]. Disponível em <http://www.unifesp.br/dpsiq/proad/reducao.htm>.
9. Malbergier A. Modelo de redução de danos no tratamento das dependências. In: Focchi GRA, Leite MC, Laranjeira R, Andrade A. *Dependência química: novos modelos de tratamento*. São Paulo: Roca; 2001. p.87-101.
10. Siqueira D, Siqueira BG. Educação e saúde no uso e abuso de álcool e drogas: a prevenção e a redução de danos. In: Luis MAV, Santos MA. *Uso e abuso de álcool e drogas*. Ribeirão Preto (SP): Editora Legis Summa; 2000. p.219-22.
11. Moraes SHP. *Enfermagem na redução de danos com trocas de seringas: estratégia epidemiológica no combate a AIDS e a outras doenças de transmissão sanguínea – ouvindo o silêncio*. In: Luis MAV, Santos MA. *Uso e abuso de álcool e drogas*. Ribeirão Preto (SP): Editora Legis Summa; 2000. p.237-44.
12. Organização Mundial da Saúde. *Relatório mundial da saúde: saúde mental; nova concepção, nova esperança*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
13. Irribary IN. Aproximação sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia, Reflexão e Crítica*. 2003; 16:483-490.
14. Delgado PG. O campo da reforma psiquiátrica. In: Ministério da Saúde (Br). *III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL ALCOHOL Y DROGAS Y REDUCCIÓN DE DAÑOS: NUEVAS PROPUESTAS, NUEVOS DESAFÍOS

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo analizar el funcionamiento de un Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas como un nuevo modelo de asistencia y su interacción con el Servicio de Reducción de Daños. Fue cumplido en el período de diciembre de 2004 al agosto de 2005, a partir de 300 horas de observación participante de la rutina de un Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas en una ciudad de la Región Sur de Rio Grande do Sul-Brazil. Para la interpretación de los resultados fueron también utilizados datos de 96 horas de observación participante en el Servicio de Reducción de Daños de la misma ciudad. Los resultados evidenciaron una red de servicios de salud mental relativamente desconectada, sin embargo con vastas posibilidades de complementariedades de la atención; se observó también que la influencia de la formación medico-hospitalaria y la falta de compromiso de algunos profesionales son factores muy importantes en el conjunto de desafíos para la consolidación de una nueva propuesta de asistencia.

Palabras Clave: Atención psicosocial; alcohol; droga; reducción de daño.

Recebido em: 09.01.2007

Aprovado em: 11.06.2007

Notas

*Enfermeira. Mestranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP.

**Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Doutora em Enfermagem pela EERP/USP. Rua Victor Valpírio, 289; bairro Três Vendas – Pelotas/RS CEP96020-250. E-mail: kantorski@uol.com.br Apoio CNPq.

***Enfermeiro. Residente em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública/RS.

****Acadêmica da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista de Iniciação Científica CNPq.

*****Jornalista formada pela Universidade Católica de Pelotas. Supervisora de Campo do SMRD (Serviço Municipal de Redução de Danos) no período estudado.

*****Apoio: CNPq.