



**UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA
UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE**

**EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL
DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA -RS - NA SITUAÇÃO
DE DESINTOXICAÇÃO EM USUÁRIOS CRÔNICOS
DE CRACK**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MÔNICA JASKULSKI

CRUZ ALTA-RS, Brasil

2017

EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA -RS - NA SITUAÇÃO DE DESINTOXICAÇÃO EM USUÁRIOS CRÔNICOS DE CRACK

Por

MÔNICA JASKULSKI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde, da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ, RS), em associação ampla à Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Atenção Integral à Saúde**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Solange Beatriz Billig Garcez

CRUZ ALTA-RS, Brasil

2017

**UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA E UNIVERSIDADE
REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CRUZ
ALTA –RS NA SITUAÇÃO DE DESINTOXICAÇÃO EM USUÁRIOS CRÔNICOS DE
*CRACK***

elaborada por

MÔNICA JASKULSKI

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Atenção Integral à Saúde

Prof^a. Dr^a. . Solange Beatriz Billig Garcez

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Eva Terezinha de Oliveira Boff - UNIJUÍ

Prof^a. Dr^a Prof.^a Dr.^a Carine Cristina Callegaro– UNICRUZ

Prof^a. Dr^a. Janice Pavan Zanella – UNICRUZ

CRUZ ALTA 11 de maio de 2017

Agradeço a Deus por esta oportunidade de estudos e aos professores que tornaram possível o processo de aprendizagem.

Às minhas colegas de Jornada, Enfermeiras Lidiane Coradini Carvalho e Aline Romero, vocês são presentes que o mestrado me alcançou.

A Henrique Hamerski, mais que um colega, você foi também companheiro nas dificuldades e atitudes. Obrigada pela companhia em um momento tão árido de nossas vidas.

Às minhas amigas e incentivadoras Caroline Giacobbo e Adriana Carvalho, obrigada pelo carinho costumeiro.

Aos Colegas Enfermeiros, Psicólogos e Assistentes Sociais das instituições que me abriram as portas e me auxiliaram nas entrevistas com os pacientes.

Aos pacientes usuários de crack, que me permitiram pesquisar e conhecer um pouco mais sobre suas realidades.

Em especial, à minha orientadora Solange por sua paciência, carinho, receptividade e capacidade em orientar a construção deste trabalho, quando eu já não enxergava possibilidades. Jamais esquecerei sua acolhida solidária e carinhosa.

Dedico este trabalho à minha família pela compreensão da minha ausência enquanto estava em busca deste conhecimento.

Meu esposo Paulo, meus pais Albino e Ana e meus filhos João Paulo e Ana Paula que são pessoas muito especiais. Dedico este trabalho a vocês por serem fundamentais em minha vida.

Dedico também aos doentes do crack e aos profissionais de saúde, e desejo que seus caminhos se cruzem na busca de um bem comum: a saúde.

"É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar;
porque tem gente que tem esperança do verbo esperar".
E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera.
Esperança é se levantar, esperar é ir atrás, esperar é construir, esperar é não
desistir!
Esperança é levar adiante,
esperança é juntar-se com outros para fazer de outro modo..."

Paulo Freire

RESUMO

EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA –RS NA SITUAÇÃO DE DESINTOXICAÇÃO EM USUÁRIOS CRÔNICOS DE *CRACK*

Autora: Mônica Jaskulski

Orientadora: Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces

Essa dissertação nasceu da inquietação da maneira como a saúde mental, em especial a dos usuários de *crack*, acontece na maioria dos municípios. O objetivo geral da pesquisa foi analisar a efetividade dos serviços de saúde mental do município de Cruz Alta - RS no que se refere à reabilitação dos usuários crônicos de *Crack*. A pesquisa tem como complementares: descrever os serviços de saúde mental do município de Cruz Alta –RS visando situar as condições de efetividade dos serviços de desintoxicação e reabilitação dos usuários de *crack*; identificar os aspectos de referência e contrarreferência da saúde mental pública nos processos de desintoxicação e reabilitação dos usuários de *crack* que buscam esses serviços no município; verificar os aspectos de acolhimento aos usuários de *crack* e seus familiares que a área da saúde mental pública de Cruz Alta -RS oferece e averiguar quais profissionais participam dos processos de acolhimento dos usuários de *crack* e seus familiares que buscam os processos de desintoxicação e/ou reabilitação na área da saúde mental pública de Cruz Alta – RS, identificando ainda quais os processos de formação permanente e quais profissionais participam. Esta pesquisa observacional descritiva foi realizada com treze (13) usuários crônicos de *crack* em situação de internação hospitalar para desintoxicação, quatro (04) enfermeiros que atuam em ESF, onde esses usuários residem, quatro (04) profissionais do CAPS AD e treze (13) ACS das ESF onde atuam os enfermeiros e residem os usuários, todos do município de Cruz Alta –RS. A pesquisa foi realizada no período de 2015 a 2016. Foi possível observar nessa pesquisa, a partir dos resultados, que os serviços de saúde mental para dependentes químicos são centrados nas atividades oferecidas pelo CAPS AD e em hospitalizações para desintoxicação. Os serviços de referência e contrarreferência não se efetivam e nem há o devido acolhimento aos usuários e às suas famílias. Há uma falta de preparo dos profissionais de saúde em atender essa demanda, mesmo nos serviços especializados, por desconhecimento dos gestores, das famílias em como efetivar o tratamento que é de longa duração, principalmente pela visão do tratamento estar idealizado na cura e abstinência e não na redução de danos. Observa-se que, em muitos locais, o tratamento desses indivíduos é um “faz de conta”, onde todos os atores envolvidos no processo fazem de conta que estão fazendo alguma coisa para diminuir a grande lacuna que existe nesse processo, porém são ações empíricas e imaturas. Carecem de cientificidade e ainda estão baseadas no isolamento social do dependente químico. A dependência química traz ainda mais estigmas, pois para muitos não é considerada uma doença, mas falha de caráter, uma vez que o próprio indivíduo optou por fazer uso da substância, tornando ainda mais difícil o seu acolhimento na comunidade, família e serviços de saúde. Portanto, conclui-se que não há serviço de rede e, portanto, não há efetividade no que se refere à reabilitação dos usuários crônicos de *Crack*.

Palavras - chave: *Crack*. Acolhimento. Profissionais de Saúde. Rede de Saúde Pública.

ABSTRAT

EFFECTIVENESS OF MENTAL HEALTH SERVICES OF THE MUNICIPALITY OF CRUZ ALTA -RS IN THE SITUATION OF DETOXIFICATION IN CHRONIC CRACK USERS

Author: Mônica Jaskulski

Advisor: Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces

This dissertation was born out of concern about how mental health and especially crack users happen in most counties. The general objective of the research was to analyze the effectiveness of the mental health services of the city of Cruz Alta - RS in relation to the rehabilitation of chronic users of Crack, and how, complementary: To describe the services of mental health of the municipality of Cruz Alta -RS aiming to situate the conditions of effectiveness of the services of detoxification and rehabilitation of the users of crack; To identify the reference and reference aspects of public mental health in the processes of detoxification and rehabilitation of crack users who seek these services in the municipality; To verify the reception aspects to crack users and their families that the public mental health area of Cruz Alta-RS offers and to investigate which professionals participate in the processes of reception of crack users and their relatives who seek the processes of detoxification and / or Rehabilitation in the area of public mental health of Cruz Alta - RS, identifying further the processes of ongoing training professionals participate. This descriptive observational study was performed with thirteen (13) chronic crack users in a hospital detoxification situation, four (04) Nurses who work in ESF, where these users reside, four (04) CAPS AD professionals and thirteen) ACS of the ESF where the Nurses work and the residents reside, all of the municipality of Cruz Alta -RS. The research was carried out between 2015 and 2016. It was possible to observe in this research, from the results that, mental health services for chemical dependents are centered in the activities offered CAPS AD and hospitalizations for detoxification. The services of reference and counter reference are not effective and there is neither due reception to users and their families. There is a lack of preparedness of health professionals to meet this demand, even in specialized services, because of the lack of knowledge of the managers, of the families in how to effect the treatment that is of long duration, mainly because the treatment vision is idealized in the cure and abstinence and not Reduction. It is observed that in many places the treatment of these individuals is an "account", where all the actors involved in the process pretend that they are doing something to reduce the great gap that exists in this process, but they are empirical and immature actions . They lack scientificity and are still based on the social isolation of the chemical dependent. Chemical dependence brings even more stigmas, since for many it is not considered a disease, but a flaw in character, since the individual has chosen to make use of the substance, making it even more difficult to receive in the community, family and health services . Therefore, it is concluded that there is no network service and, therefore, there is no effectiveness with regard to the rehabilitation of chronic users of Crack.

Keywords: Crack. Reception. Health professional. Public health network.

LISTA DE SIGLAS

ABS- Atenção Básica de Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária de Saúde
CRS- Coordenadoria Regional de Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEP- Comitê de Ética e Pesquisa
CNS- Conselho Nacional de Saúde
DCV - Doenças Cardiovasculares
ECA – Estatuto da Criança e Adolescente
ESF- Estratégia de Saúde da Família
GM- Gabinete do Ministro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRA - Insuficiência Renal Aguda
IRC - Insuficiência Renal Crônica
MS- Ministério da Saúde
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU- Organização das Nações Unidas
OPAS- Organização Pan- Americana da Saúde
PAB – Política de Atenção Básica
PNSE - Pesquisa Nacional de Saúde Escolar
PPGAIS – Programa de Pós- Graduação em Atenção Integral à Saúde
RAPS- Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RBS TV - Rede Brasil Sul de televisão
RD – Redução de Danos
RP - Reabilitação Psicossocial
RS – Rio Grande do Sul
SM- Saúde Mental
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SPAB- Sistema Público de Atenção Básica
SUS- Sistema Único de Saúde
UBS- Unidade Básica de Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.- Fisiopatologia das complicações médicas que podem levar à overdose de cocaína.	29
Figura 2 – Estigmas que influenciam o tratamento da doença	36
Figura 3 - Funcionamento dos serviços de referência e contrarreferência em saúde mental na opinião dos enfermeiros entrevistados	49
Figura 4 - Funcionamento dos serviços de referência e contrarreferência em saúde mental na opinião dos ACS entrevistados	51
Figura 5 - Fluxograma de atendimento em saúde mental na opinião dos entrevistados da equipe do CAPS AD	54
Figura 6 – Círculo Vicioso do “Tratamento” do Usuário do Crack	82
Figura 7 – CAPS como principal articulador da rede interestadual em saúde mental	84
Quadro 01- Profissionais que atuaram nos CAPS de Cruz Alta, em 2016	42
Quadro 02 – Profissionais e Instituições envolvidas nos serviços de referência e contrarreferência em Saúde Mental	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Tabela de Causas de Internações em SM nos anos de 2015 e 2016	21
Tabela 2- Tabela de Internações por abuso de crack em 2015 e 2016	21
Tabela 3 – Existência de Serviços de Referência e Contrarreferência em Saúde Mental, no município de Cruz Alta-RS	48
Tabela 4- Princípios do SUS- e seus profissionais	61
Tabela 5- Momento em que ocorre o acolhimento do usuário	67
Tabela 6- Formação continuada dos profissionais em Saúde Mental	71
Tabela 7- Prática RD- Redução de Danos	75
Tabela 8- Conhecimento da Reforma Psiquiátrica	78

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Contextualização do Problema de Pesquisa	13
1.2 Objetivos	22
1.2.1 Objetivo Geral	22
1.2.1.1 Objetivos Específicos	23
1.3 Hipótese da Pesquisa	23
2 PROCESSO METODOLÓGICO	24
2.1 Contexto de Realização da Pesquisa	24
2.2 Tipo de Pesquisa	25
2.3 População e Amostra	25
2. 4 Instrumentos e Procedimentos de Pesquisa	26
2.5 Análise e Interpretação dos Dados	27
2.6 Cuidados Éticos	27
3 CONSEQUÊNCIAS SISTÊMICAS E CLÍNICAS NA SAÚDE DE USUÁRIOS CRÔNICOS DE <i>CRACK</i>	28
4. DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SAÚDE MENTAL: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	32
5. A SAÚDE MENTAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA	37
5.1 O acolhimento nos serviços de saúde mental específicos para usuários de <i>Crack</i>	40
6 ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E DA SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA – RS	42
6.1 Serviços de saúde mental e as condições de efetividade dos serviços de desintoxicação e reabilitação dos usuários de <i>Crack</i> do município de Cruz Alta –RS	44
6.2 Os aspectos de referência e contrarreferência dos processos de desintoxicação e reabilitação dos usuários de <i>Crack</i> que buscam os serviços de saúde mental pública no município de Cruz Alta-RS	48
6.3 Os aspectos de acolhimento aos usuários de <i>Crack</i> e seus familiares que a área da saúde mental pública de Cruz Alta- RS oferece aos que buscam os processos de desintoxicação e/ou reabilitação	58
6.4- Os profissionais que participam dos processos de acolhimento dos usuários de <i>Crack</i> e seus familiares que buscam os processos de desintoxicação e /ou reabilitação na área da saúde mental pública de Cruz Alta- RS	68
6.4.1. Os processos de formação permanente de que os profissionais participam	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	94
ANEXOS	
Anexo A Artigo	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema de Pesquisa

O *crack* é um assunto cada vez mais discutido pela sociedade, meios de comunicação, comunidade científica e centros de tratamento que, alarmados, veem aumentar o seu consumo (SARPORI; MEDEIROS, 2010). Além do mal ao próprio usuário, o *crack* expõe comércio ilícito, rentável e de difícil controle, com cada vez mais adeptos, pois possui baixo custo monetário e fácil acesso (KESSLER *et al.*, 2008).

A dependência de drogas é um problema social. O quinto levantamento, realizado entre alunos do Ensino Médio e Fundamental das escolas públicas do Brasil, constatou que 2% dos estudantes até 18 anos usaram cocaína pelo menos uma vez na vida e 0,7% usaram *crack* (GALDURÓZ *et al.*, 2004). No Brasil, o *crack* surgiu dez anos depois que na América do Norte e com um custo muito menor (KESSLER *et al.*, 2008). Em 1996, os primeiros artigos com referência ao consumo de *crack* foram publicados no Brasil.

O *crack* é uma apresentação da cocaína é derivado da coca com adição de uma base alcalina como o bicarbonato de sódio (BASTOS; BERTONI, 2014). Pode ser consumido em formato sólido (pedra) ou injetado em sua forma pura (cocaína injetável). É uma droga ilícita. Quando expostas ao fogo e fumadas em cachimbos, as pedras estalam (*cracking* em inglês), de onde vem o nome da droga. A fumaça inalada é conduzida pela circulação sanguínea dos pulmões para o cérebro em segundos. Os seus efeitos são fugazes e duram entre 3 e 5 minutos, seguidos de um desejo incontrolável de repetir o uso, que acaba determinando a dependência. O *crack* normalmente é utilizado juntamente com outras drogas, que aumentam os riscos de complicações (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) realizada em 2009 (IBGE, 2013), 7,3% dos escolares já haviam usado algum tipo de droga ilícita (maconha, cocaína, *crack*, cola, loló, lança-perfume, *ecstasy*), sendo que a região sul foi apontada com o maior percentual de aumento de consumo do *crack*.

Em 2014, foi publicada uma revisão sobre o perfil dos usuários brasileiros de *crack*, confirmando que a maior parte dos usuários é jovem, de baixa renda, do sexo masculino, autorreferida como negra ou parda, de baixa escolaridade e que vivem em situação de rua sem emprego ou renda fixa (BASTOS; BERTONI, 2014).

A Rede Brasil Sul de Televisão (RBS TV) realizou uma série de reportagens sobre o impacto do tráfico no Rio Grande do Sul (RBS TV, 2015, 17/06/2015 20h08 – sendo divulgado em 17/06/2015 20h08). Em um dos programas entrevistaram o coordenador de saúde mental da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Luis Carlos Delafonte Coronel, o qual afirmou que todos os municípios gaúchos têm locais onde a droga é vendida e consumida, “Não tem cidade pequena no Rio Grande do Sul que não tem uma crackolândia”, diz Coronel. "Houve uma disseminação", lamenta. Portanto, observa-se que a epidemia do *crack* há muito tempo não se limita mais às grandes cidades brasileiras.

Para Lussi, Pereira e Pereira Junior (2006, p. 450):

A vulnerabilidade psicológica de uma pessoa se define como a capacidade de reação a acontecimentos estressantes. Os acontecimentos podem levá-la ao desenvolvimento de transtornos mentais, quando exigem, para seu enfrentamento, habilidades que não foram elaboradas pela pessoa. Os fatores de vulnerabilidade são inversamente proporcionais à capacidade de enfrentamento de acontecimentos estressantes. Tais fatores podem ser inespecíficos (como isolamento, falta de sono, doenças somáticas e efeitos do uso de tóxicos) e específicos (crises existenciais, reações de perda pessoal, eventos traumáticos e conflitos insolúveis).

Conforme Pitta (1996 *apud* LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006, p.450) “a reabilitação psicossocial pode ser considerada como um processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade”.

Ainda, Lussi, Pereira e Pereira Junior (2006) referem que, quando a própria pessoa acredita que é incapaz ou impotente frente à dinâmica da sua vida, há o surgimento de um estado de inércia e diminuição de sua condição para o enfrentamento das dificuldades vividas, situações que podem ser modificadas à medida que o apoio da rede social se amplia. E nessa direção, para que a função da Reabilitação Psicossocial seja possível na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, são necessárias discussões sobre as questões associadas às variáveis reais, ou seja, o serviço de Reabilitação Psicossocial, o significado do tratamento em si, os recursos disponíveis – humanos, comunitários e materiais e o contexto de vida do indivíduo.

Nesse cenário, como parte de uma estratégia nacional, foi implementado pelo Governo Federal, o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas, por meio do

Decreto nº. 7.179, de 20 de maio de 2010, alterado pelo decreto 7.637, de 08 de dezembro de 2011, que instituiu o ‘Programa *Crack*, é possível vencer’, apoiado em três eixos estruturantes: de cuidado, de autoridade e de prevenção.

Portanto, pensar “a Redução de Danos é pensar práticas em saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem sua qualidade de vida” (VINADÉ, 2009, p. 64). A abordagem da redução de danos oferece um caminho promissor, porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. A redução de danos surge como uma alternativa e, portanto, não excludente de outros.

Na contramão deste dispositivo, a proposição de hospitais e centros médicos especializados e de Comunidades Terapêuticas para usuários de drogas, preconizados pelos que se opõem à Reforma Psiquiátrica, e em particular ao dispositivo CAPS, encontra eco no imaginário popular, o qual sonha com soluções rápidas, e não incomum com o afastamento do convívio social destes usuários algumas vezes portadores de comorbidades e envolvidos em situações constrangedoras, socialmente marginalizadas e, mesmo, ilegais (ANDRADE, 2011, p. 4.669).

Ao reconhecer a redução de danos como alternativa para que se amenizem situações constrangedoras na sociedade a qual tem como tendência marginalizar o usuário de drogas, afastando-o da sociedade, entram os hospitais e centros médicos especializados e Comunidades Terapêuticas com suas competências para atender esses usuários. Nesse contexto é necessário que se realizem projetos de intervenções para os usuários de drogas, pois se sabe que as drogas provocam sensações ambivalentes como prazer e dependência, como é mencionado por Lima (2008), na citação abaixo.

Elaborar, portanto, projeto de intervenção para usuários de álcool e outras drogas implica em assumir a ambivalência permanente que essas mercadorias sustentam: prazer e dependência; remédio e veneno; licitude e ilicitude; criatividade e irreflexão; liberdade e desumanização. [...] Assim, construir equipes para manejo da complexidade desse problema implica um substrato interdisciplinar do conhecimento, na medida em que um rol significativo de disciplinas pode contribuir para uma melhor aproximação da questão e, portanto, facilitar respostas profissionais mais consequentes (LIMA, 2008, p. 16).

Cabe ressaltar que, de acordo com a Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAP) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS), somente municípios com população igual ou superior a 70 mil habitantes podem pleitear um CAPS – ADI.

O *crack* é como qualquer outra droga, mas os seus usuários vão pouco aos serviços de saúde, e isso faz com que o tratamento seja realizado onde o usuário está. E isso não é fácil. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o que se tem de melhor para alcançar o usuário de *crack*. No entanto, é preciso capacitar o profissional de saúde para que se derrube a crença de que só clínicas especializadas podem tratar desses usuários. No Brasil, os modelos tradicionais de tratamento com longas internações são realizados em instituições religiosas ou comunidades terapêuticas. Segundo Tarciso Andrade¹ (1992) citado por Machado (2017) é necessário, além desses modelos de tratamento, ter outros modelos e locais para que os usuários se adaptem. As clínicas terapêuticas e as instituições religiosas deveriam servir de retaguarda para a Saúde Pública. Portanto, esse ainda é um amplo desafio a alcançar.

É necessário garantir uma continuidade do cuidado de forma que o usuário estabeleça uma relação de confiança com o Sistema Público de Atenção Básica (SPAB)- Equipes de Saúde da Família (ESF) e agentes comunitários de saúde (ACS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em especial os CAPS- AD (álcool e drogas) e os CAPS i (infanto-juvenil)- leitos de acolhimento e desintoxicação em hospitais gerais, unidades de acolhimento temporário, como casas de passagens e internações mais longas, se for preciso. O Ministério de Saúde (MS) tem estimulado a criação de uma hospedaria e um centro de convivência e uma intensa articulação com a atenção básica, com as redes de proteção e com as redes de proteção social e de cidadania (assistência social, juizado de infância e juventude, defensoria pública, serviços culturais, rede escolar, etc). Tudo precisa ter em vista proteger o usuário de vulnerabilidade e ajudá-lo a construir alternativas que lhe façam pensar e sentir que a vida vale a pena ser vivida.

‘Desde 2005, funciona o Fórum Nacional de Políticas para Crianças e Adolescentes com problemas de Saúde Mental (SM) e Consumo Prejudicial de Drogas, que tem facilitado a cooperação em rede das diversas políticas e instituições do estado e da sociedade’[...]. A 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental, cuja etapa dos municípios está em andamento, assumiu deliberadamente um caráter intersetorial para tratar do consumo do crack. ‘O tema não será discutido apenas por psiquiatras, psicólogos e demais atores da área da saúde, mas por juízes, promotores, agentes da assistência social, da cultura, trabalho, habitação e outras políticas sociais’[...]. O caminho[...] diante da complexidade do problema do crack, é acelerar o debate e os pactos intersetoriais.(MANSO, 2003, apud MACHADO, 2017, p. 5).

¹ Tarcísio Andrade, da Aliança de Redução de Danos/UFBA – Universidade da Bahia.

O importante é continuar as ações e equipar profissionais em todos os segmentos também para a prevenção do uso do *crack* e outras drogas. Na verdade, a Saúde Mental(SM), pós-reforma psiquiátrica foi surpreendida pelo flagelo do *crack*, em um momento em que as internações psiquiátricas foram praticamente extintas. A sociedade não sabe o que fazer com os usuários e muito menos as políticas públicas atendem as necessidades sociais impostas pelo aumento do tráfico e do consumo cada vez mais precoce de drogas como o *crack* que possui alto poder viciante. As medidas para o enfrentamento são fracas e imaturas e não surtem resultados expressivos. É necessário que ações efetivas sejam tomadas pelos poderes públicos, federais, estaduais e municipais, além de ações da sociedade privada, pois a sociedade tem sido devastada pelas drogas e pelo poder dos traficantes. (SCHWARTZ, 2013)

O Poder Judiciário, estabelecido pela Lei nº 10.216/01 em sua ação de judicialização, faz frente à questão de consumo de *crack* sem uma visão pública a seu respeito, apesar de não terem sido criados mecanismos que o capacitem a agir adequadamente.

No Município do Rio de Janeiro, não existe legislação específica sobre o tema, enquanto que, em São Paulo, o Governo do Estado editou o Decreto nº 46.860 de 25 de junho de 2002, visando fazer frente à questão. A competência para legislar sobre a matéria é concorrente da União, Estados e Distrito Federal (*ex vi* dos incs. XII e XV, do art. 24 da Constituição da República), ao passo que a competência para atuação material frente ao problema é de todas as entidades federadas (art. 23, inc. II, c/c art. 196, todos da Constituição da República). A Lei nº 10.216/01, que tem servido de base para o enfrentamento da questão, em seu art. 6º, parágrafo único, inciso III, c/c art. 9º, inseriu o Poder Judiciário como protagonista no âmbito da conturbada relação entre o Estado e os usuários do ‘*crack*’(SCHWARTZ, 2013, p. 3).

O Poder Judiciário tem a função de decretar a internação compulsória quando se envolvem pessoas portadoras de transtornos mentais, inclusive usuários de *crack*, os quais, com frequência, tornam-se incapazes de gerir a si próprios. Uma criança ou adolescente usuário de droga poderá ser obrigado a ser internado para sua proteção. A Lei trata de usuário de drogas e não especificamente do *crack*, mas como o *crack* é uma droga, o juiz pode decretar sua internação compulsória. Quando decretada a internação, não se pressupõe a decretação de interdição, que implicará outras providências, como nomeação de curador ao interdito, indisponibilidade temporária do patrimônio do curatelado e tutela dos filhos menores do mesmo se os tiver. A medida implica restrição da liberdade caso o usuário se encontre incapacitado de preservar sua segurança e a de terceiros, o que ocorre com frequência. (SCHWARTZ, 2013).

O elevado poder dessa droga priva o consumidor de controlar a si mesmo, visto que também pode se tornar violento e prejudicar outras pessoas. O Poder Judiciário, frente a esse problema, não tem clareza pela lei sobre o tempo de internação. Igualmente não esclarece quem ostenta legitimidade para requerer a medida, nem tampouco se é possível ao requerido, usuário da droga, impugnar o pedido de internação compulsória, bem como a liberação do usuário do crack o que concorre para um clima de incerteza e insegurança judiciária. No entanto, o Poder Judiciário não tem se furtado diante dessas complexas e conturbadas relações sociais e sente a necessidade de instrumentos e ferramentas que o habilitem para esse fim. Isso seria uma política pública sobre a questão maior, o consumo do *crack* e o elevado poder de incapacitação dessa droga. É preciso que sejam criadas ferramentas que ajudem o Judiciário a agir em defesa e proteção desses desvalidos da sorte, os quais acabam sendo presas fáceis dessa destrutiva droga, sob risco de não ser possível aos juízes darem conta de tão dramática situação, (SCHWARTZ, 2013).

Nesse contexto, a violência é outro agravante na vida dos usuários de *crack* ou outras drogas. O consumo de drogas já é uma violência contra si mesmo. Mas isso se estende para crianças e adolescentes que, já na década de 1970, em grandes cidades brasileiras, vagavam pelas ruas mendigando ou vendendo coisas nos semáforos por pequenas somas de dinheiro e gerando problemas sociais. Pouco a pouco a opinião pública ligou esses fatos à criminalidade urbana violenta e desenvolveu um comportamento coletivo suspeitando dos jovens como agentes do crime. A mídia eletrônica publica imagens de jovens em situação de violência, audaciosos e dispostos a qualquer tipo de ação, inclusive matar gratuitamente.

A partir da Constituição de 1988, desenhou-se uma nova política de proteção e de atendimento à infância e à adolescência, que, ao contrário da anterior, considera crianças e adolescentes titulares de direitos: direito à existência digna, à saúde, à educação, ao lazer, ao trabalho e, sobretudo ao amparo jurídico. Dois anos mais tarde, os preceitos constitucionais foram regulamentados através da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, a qual revogou o Código de Menores (1979) e instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente — ECA. (ADORNO; BORDINI; LIMA, 1999, p. 3).

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA- tem sido visto como instrumento eficaz de proteção e controle social. Por outro lado, a sociedade vive o aumento da criminalidade juvenil, porque vem crescendo o número de jovens delinquentes que não são punidos e quando isso ocorre as penas são brandas se comparadas à gravidade das ocorrências policiais, entre as quais roubos, homicídios, estupros, tráfico de drogas, porte de armas.

Adorno, Bordini e Lima (1999) ainda registram uma pesquisa realizada na Fundação Seade e NEV/ USP, 1995 sobre o envolvimento de jovens no mundo da rua e da delinquência no município de São Paulo. Sabe-se, a partir dessa pesquisa, que o envolvimento do jovem com o crime violento obedece ao mesmo padrão observado para a população em geral. No entanto, com o alto consumo de drogas nos dias atuais esse comportamento tem se alterado evoluindo para o crime juvenil violento. Segundo Adorno, Bordini e Lima (1999), fonte inesgotável na sociedade são os conflitos entre os jovens e suas comunidades, o que gera descompasso entre sentimento de insegurança que, em determinados momentos, parece acentuar o registro de ocorrências criminais. Essa situação requer união de distintos agentes e agências sociais, o religioso e as instituições filantrópicas, o psicólogo e as instituições de reparação social, o jurista e as agências de contenção repressiva do comportamento, unidos em campanhas para conter a delinquência juvenil em níveis socialmente suportável de convivência para que se possa manter a liberdade individual.

Olhando para a mídia conforme o enfoque de Adorno, Bordini e Lima (1999) o que se vê é um cenário cada vez mais dramático: adolescentes audaciosos e violentos, destituídos de quaisquer freios morais, frios e insensíveis que não hesitam em matar. A influência familiar associada ao suporte financeiro e à educação proporcionados por pais e parentes, à iniciação sexual e à gravidez precoce e as influências escolares que atuam na prevenção ao consumo de drogas e álcool tem contribuído para ajudar na educação preventiva. Outro fator que ajuda na prevenção é a participação dos jovens em atividades desportivas, trabalho orientado e frequência em programas de mediações e resolução de conflitos. Um exemplo disso é o método de ensino do Círculo de Cultura, desenvolvido por Paulo Freire:

A abordagem de ensino do Círculo de Cultura, de Paulo Freire, constitui ideia que substitui a de turma de alunos ou de 'sala de aula' por vivência, que visa ensinar uma educação com ênfase no diálogo. Essa denominação de círculo significa que todos estavam em volta de uma equipe que não tinha professor, mas um animador que coordena os debates, buscando a participação ativa de todos no processo educativo. Os seis Círculos de Cultura aplicados seguiram as etapas do método teórico de Paulo Freire, adaptando-os ao alcance dos objetivos propostos: descoberta do conhecimento prévio, seleção das palavras dentro do contexto dos jovens, criação de situações existenciais típicas do grupo e elaboração de casos para auxiliar no diálogo e possibilitar a (des) construção e (re)construção do novo conhecimento (PINTO, 2016, p. 4).

O que se vivenciou nesse projeto é que os jovens não possuíam, em seu processo contínuo de tratamento, práticas reflexivas as quais permaneciam de forma passiva a continuidade de atividades educativas que visam acompanhar o processo de transformação do sujeito. Para que isso se efetive, enfermeiros, como promotores de saúde de jovens, devem

aproximar-se da realidade deles e ajudar a construir a autonomia adequada para a promoção da saúde (PINTO, 2016).

Na prevenção para o não uso de *crack* percebe-se que há de acontecer um trabalho conjunto da Saúde Pública e Privada, com o apoio da família.

Assim, essa pesquisa tem a intenção de refletir sobre essa temática para então fomentar ações que possam auxiliar o município e região a criar alternativas para que a área da saúde mental pública possa efetivamente oferecer condições de efetividade nas situações de busca dos usuários crônicos de *crack* para desintoxicação e reabilitação de sua saúde.

Na área de abrangência da 9ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul (RS), da qual fazem parte treze (13) municípios (Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul, Selbach e Tupanciretã) e que tem sua sede em Cruz Alta, também há uma preocupação com a epidemia do *crack*, por meio da área da saúde mental.

Cruz Alta é um município localizado na região Noroeste do Rio Grande do Sul e possui em torno de 63.000 habitantes. O município possui 02 hospitais de médio porte e um deles atende apenas convênios e particular. O outro, com 165 leitos, e destes 70% são disponíveis para o Sistema Único de Saúde - SUS. Porém, nenhum deles realiza internações em SM, por considerarem inadequadas suas instalações para esse tipo de internações, e por não terem interesse em fazer as adequações que consideram pertinentes. Essas internações então acontecem em hospitais gerais de pequeno porte, conveniados, através da 9ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), nos municípios de Fortaleza dos Valos, Tupanciretã, Santa Bárbara do Sul e Quinze de Novembro. Nesses municípios as instituições hospitalares são precárias e sem estrutura em saúde mental, pois não possuem equipe especializada para esse tipo de tratamento e na sua maioria, realizam convênio em saúde mental como estratégia para manter as portas abertas, visto a grave crise financeira pela qual passam as instituições de saúde no Brasil e, em especial, no Rio Grande do Sul. O número total de leitos disponibilizados para a 9ª CRS nessas instituições é em média de 18/mês, número muito aquém do necessário, gerando assim uma fila de espera por leitos de internação, leitos esses para todos os transtornos de SM e abuso de substâncias nos 13 municípios de abrangência da 9ª CRS.

No ano de 2015, foram realizadas, pela SMS, 200 internações em saúde mental. 46 foram referentes a transtornos mentais (TM) e 154 a abuso de substâncias e dessas 105

especificamente abuso de crack/cocaína. No ano de 2016, foram 190 internações totais, 139 por abuso de substâncias, 105 especificamente abuso de crack/cocaína e 51 por TM, o que demonstra que houve um decréscimo de leitos e aumento do número de internações por consumo de crack.

Tabela 1 – Tabela de causas de Internações em SM nos anos de 2015 e 2016

Acolhimento	2015		2016	
	f	%	f	%
TM	46	23,00%	51	26,85%
Abuso de substâncias	154	77,00%	139	73,15%
Total	200	100%	190	100%

Fonte: Dados fornecidos pelo Setor de SM da SMS e 9ª CRS

Tabela 2 – Tabela de internações por abuso de *Crack*, em Cruz Alta, nos anos de 2015 e 2016.

Acolhimento	2015		2016	
	f	%	f	%
Abuso de substâncias	154	100%	139	100%
Abuso Crack/Cocaína	105	68,18%	105	75,54%
Outras substâncias	49	31,82%	34	24,46%
Total	154	100%	139	100%

Fonte: Dados fornecidos pelo Setor de SM da SMS e 9ª CRS

Assim sendo, essas considerações iniciais permitem levantar como questão norteadora dessa pesquisa, o seguinte questionamento:

Qual a efetividade dos serviços de saúde mental do município de Cruz Alta-RS no que se refere a reabilitação dos usuários crônicos de *Crack*?

Como complementares levantaram-se os seguintes questionamentos:

- Qual a efetividade do serviço de referência e contrarreferência em saúde mental do município de Cruz Alta – RS, quando se trata dos processos de desintoxicação de usuários crônicos de *crack*?

- Como ocorrem os serviços públicos de acolhimento dos usuários crônicos de *crack* e seus familiares, quando esses buscam tratamento para desintoxicação?

Portanto, essa pesquisa justifica-se por vários aspectos, especialmente:

-Por ser uma temática atual que envolve questões sociais e de saúde pública. Sua abordagem é extremamente importante em um curso de pós- graduação em Atenção Integral à Saúde, que tem como foco a busca da qualidade de vida das pessoas e a busca por uma saúde integral.

-Por ser um curso de Mestrado oferecido por duas Universidades Comunitárias que buscam atender as demandas às problemáticas sociais e de saúde das comunidades onde estão inseridas, no sentido de fomentar a qualificação de profissionais e auxiliarem na resolutividade dos problemas próprios da região;

- Pelo aumento do número de usuários de *crack* em nível nacional, estadual e municipal, ganhando inclusive um *status* de “epidemia nacional”, forçando assim, o Ministério da Saúde e Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul a terem políticas próprias para o enfrentamento dessa perigosa epidemia. Políticas essas ainda imaturas, pois a problemática é relativamente nova e justamente nesse sentido essa pesquisa busca pensar alternativas mais efetivas para que os resultados sejam mais promissores.

-Pelas lacunas que existem nos serviços de saúde pública e nos serviços de saúde mental especificamente, para atuarem de forma efetiva na tentativa de prevenção, desintoxicação, reabilitação e reinserção na sociedade dos usuários dessa substância com poder tão viciante e destruidor como o *crack*.

- Pela importância da formação permanente dos profissionais de saúde envolvidos no processo do cuidado dos usuários e de suas famílias, pois as mesmas permanecem excluídas desse processo, em função de serem priorizadas as ações que envolvam a desintoxicação e não a reabilitação, a prevenção e a reinserção social dos mesmos. É oferecido um processo de saúde fracionado onde todos agem individualmente sem dar continuidade ao processo que envolve recaída e marginalização. Da mesma forma que os profissionais de saúde também atuam de maneira fracionada, priorizando o biológico em detrimento do psicossocial, e atuando em busca de “cura” e negligenciando a redução de danos global.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a efetividade dos serviços de saúde mental do município de Cruz Alta –RS no que se refere à reabilitação dos usuários crônicos de *Crack*.

1.2 Objetivos Específicos

- Descrever os serviços de saúde mental do município de Cruz Alta –RS visando situar as condições de efetividade dos serviços de desintoxicação e reabilitação dos usuários de *crack*;
- Identificar os aspectos de referência e contrarreferência da saúde mental pública dos processos de desintoxicação e reabilitação dos usuários de *crack* que buscam esses serviços no município de Cruz Alta-RS;
- Verificar os aspectos de acolhimento aos usuários de *crack* e seus familiares que a área da saúde mental pública de Cruz Alta-RS oferece aos que buscam os processos de desintoxicação e/ou reabilitação.
- Averiguar quais profissionais participam dos processos de acolhimento dos usuários de *crack* e seus familiares que buscam os processos de desintoxicação e/ou reabilitação na área da saúde mental pública de Cruz Alta - RS e quais os processos de formação permanente que os profissionais participam.

1.3 Hipótese da Pesquisa

Considera-se que não há efetividade nos serviços de saúde mental do município de Cruz Alta - RS no que se refere à reabilitação dos usuários crônicos de *Crack* em razão de que os serviços de referência e contrarreferência não se efetivam e nem há o devido acolhimento aos usuários e às suas famílias, até mesmo por ser um processo difícil e doloroso para todos, devido ao alto poder de dependência que o *crack* provoca e pela imaturidade e falta de preparo dos profissionais de saúde em atender essa demanda.

No próximo capítulo será demonstrada a contextualização da pesquisa, o tipo de pesquisa realizada, a população e amostra utilizada, os instrumentos e procedimentos de pesquisa, a metodologia de análise e interpretação dos dados e os cuidados éticos utilizados na realização dessa pesquisa.

2 PROCESSO METODOLÓGICO

2.1 Contexto de Realização da Pesquisa

O contexto de realização da pesquisa foi o município de Cruz Alta –RS e a área da saúde mental pública responsável pela internação para desintoxicação e/ou reabilitação de usuários crônicos de *crack*. A realização da pesquisa ocorreu mediante solicitação de autorização à Secretária de Saúde do município de Cruz Alta-RS (APÊNDICE A) e responsável pelo setor de saúde mental da 9ª Coordenadoria Regional de Saúde-CRS (APÊNDICE B). Foram entrevistados 13 indivíduos usuários crônicos de *crack*, todos residentes em Cruz Alta/RS, encaminhados pelo CAPS AD e internados em instituições hospitalares conveniadas pela 9ª CRS, para esse fim, nos municípios de Fortaleza dos Valos, Santa Bárbara do Sul, Tupanciretã e Quinze de Novembro. Esses municípios ficam distantes de Cruz Alta entre 56 até 87 quilômetros. As instituições hospitalares são de pequeno porte e composta por equipe de saúde básica para realização de pequenos procedimentos, sem infraestrutura para média e alta complexidade, bem como sem infraestrutura física e técnica para acolhimento e tratamento de doentes mentais e/ou usuários de drogas ou outras substâncias. Foram respondidos questionários com perguntas de aspecto socioeconômico, com o objetivo de conhecer melhor as condições de vida, hábitos e condicionantes de saúde. Essas entrevistas aconteceram de julho/2015 a fevereiro/2016. Também foram entrevistados quatro (04) profissionais enfermeiros e doze (12) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam em Estratégias de Saúde da Família em comunidades onde residiam alguns dos usuários entrevistados, e quatro (04) profissionais do CAPS AD, com o objetivo de conhecer sua relação com o usuário, sua família e seus conhecimentos técnicos sobre o assunto. Essas entrevistas com os profissionais foram realizadas no mês de dezembro/2016.

2.2 Tipos de Pesquisa

Esse estudo desenvolveu-se por meio de pesquisa com abordagem quali/quantitativa, do tipo observacional descritiva, investigando processos de desintoxicação e/ou reabilitação de usuários crônicos de *crack* em regime de internação hospitalar em serviços públicos de saúde.

2.3 População e Amostra

A população desse estudo constou de usuários de *crack*, do sexo masculino, que participaram do tratamento para desintoxicação em unidade psiquiátrica, própria para dependentes químicos, indicados pela área de saúde mental pública do município de Cruz Alta - RS.

A amostra de pesquisa constou de treze (13) usuários que aceitaram participar da pesquisa. Esses usuários foram selecionados a partir da internação em hospitais especializados, após cadastro e entrada no leito. Esses usuários foram cadastrados e vinculados aos serviços, possuem prontuários próprios com informações sobre o tempo de uso e as formas de tratamento até o presente momento. A amostra foi escolhida intencionalmente, com sujeitos que aceitaram participar do estudo e que preencherem os critérios de inclusão. Os participantes foram classificados pelas variáveis: idade, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, números de pedras de *crack* em uso (média semanal), valor gasto com a droga em reais (média semanal), tempo total de uso, recaídas e reinternações.

Os critérios de inclusão da amostra foram: possuir mais de 18 e menos de 60 anos e ser do sexo masculino e usuário de cocaína/*crack*. Para os critérios de exclusão foram considerados os pacientes que não eram do sexo masculino, sem condições clínicas e mentais de responder a entrevista ou que não aceitaram participar da pesquisa.

Para Oliveira e Santos (2010) o período de desintoxicação compreende um processo que dura de três (03) a doze (12) dias, tempo esse, utilizado para abordagem e motivação para acompanhamento mais extenso em outro equipamento da rede. Foi nesse período que a

entrevista foi aplicada para os pacientes com condições físicas e mentais para responder a essa coleta dos dados.

A amostra também se constituiu por quatro (04) enfermeiros e treze (13) Agentes Comunitários de Saúde, (10,74% do total de ACS do município), de quatro ESF, escolhidas por serem território de moradia dos usuários entrevistados são elas: ESF Vila Nova ; ESF Jardim Primavera; ESF Alvorada ; ESF Turíbio Veríssimo e também por quatro (04) profissionais que atuam no CAPS AD: um (01) Assistente Social, um (01) Técnico em enfermagem e dois (02) Psicólogos.

2. 4 Instrumentos e Procedimentos de Pesquisa

Os instrumentos de pesquisa utilizados nesse estudo foram:

- **Questionário de Análise de Perfil do Usuário** (APÊNDICE C): Esse instrumento foi elaborado pela própria pesquisadora e validado para esse fim (APÊNDICE D), visando o detalhamento de informações sobre a intensidade da adição da droga. Foi composto de perguntas e respostas objetivas referentes à intensidade do uso, frequência, tempo de uso, valor gasto, consequência físicas do uso, problemas sociais e econômicos referente ao uso.

Este questionário foi aplicado aos usuários de *crack* na forma de entrevista e durante o período de internação, na segunda semana de internação, quando já haviam passado do período da síndrome da abstinência. As entrevistas se realizaram individualmente, no próprio local da internação e, nesse momento, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), explicando sobre todos os passos da pesquisa, bem como o Termo de Confidencialidade e Sigilo das Informações (APÊNDICE F).

Os pacientes ainda foram monitorados por três meses após a alta para verificação de recaída ao uso e/ou necessidade de nova internação, através de visitas em domicílio e/ou através de contato telefônico com o usuário, familiares e/ou pessoas íntimas e registrado em ficha de cada usuário (APÊNDICE G) .

Utilizou-se ainda um roteiro de entrevistas para os profissionais das ESFs, enfermeiros e ACS (APÊNDICE H e APÊNDICE I, respectivamente) e roteiro de entrevista para os profissionais do CAPS – AD (APÊNDICE J).

2.5 Análise e Interpretação dos Dados

Os dados dessa pesquisa foram qualitativos e quantitativos. Os dados quantitativos foram avaliados através de estatística descritiva conforme prevê a análise dos instrumentos utilizados e expressos por média, e suas variações, através do desvio padrão e apresentados em tabelas de frequência. Os dados qualitativos foram descritos em categorias de análise avaliadas a partir de análise de conteúdo, conforme prevê Bardin (1977). Para a melhor organização e análise dos dados utilizou-se como mapa para os dados uma Matriz de Análise (APÊNDICE K).

2.6 Cuidados Éticos

Para a realização dessa pesquisa foram respeitados todos os cuidados éticos estabelecidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), através do encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNICRUZ (CEP). A pesquisa foi cadastrada no CEP sob CAAE nº 2 65341317.6.0000.5322 e aprovada sob parecer nº 1.982.523.

O próximo capítulo abordará as injúrias e consequências sistêmicas e clínicas na saúde dos usuários crônicos de *Crack*, especialmente nos sistemas cardiovascular, sistema respiratório e neurológico.

3 CONSEQUÊNCIAS SISTÊMICAS E CLÍNICAS NA SAÚDE DE USUÁRIOS CRÔNICOS DE *CRACK*

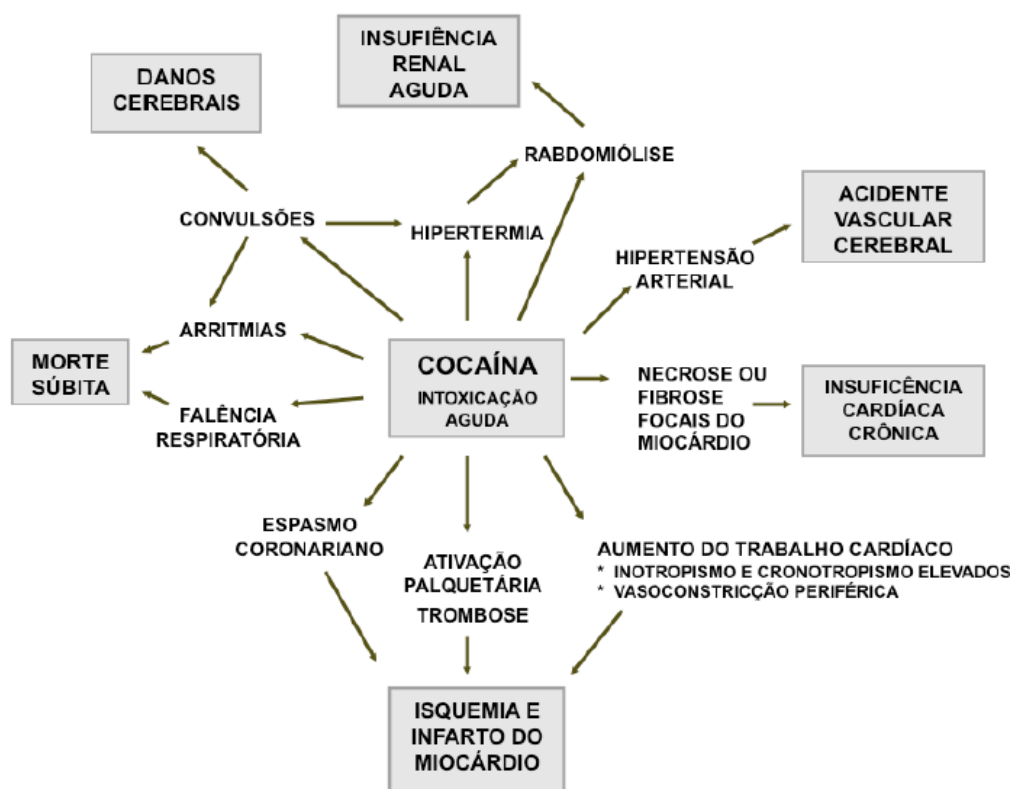
Volp *et al.*(2008) citam que nos últimos anos, ocorreram mudanças importantes na compreensão dos riscos e da patogênese de uma série de doenças crônicas como a obesidade, o diabetes e as doenças cardiovasculares (DCV), que juntas constituem uma crescente causa da morbimortalidade em todo o mundo. A semelhança dos fatores de risco para essas doenças estimulou investigações que elucidam fisiopatologias comuns para tais condições. As doenças crônicas são acompanhadas por processos inflamatórios que podem preceder o desenvolvimento dessas doenças. Todavia, atualmente, uma das graves questões que afetam a saúde das pessoas, especialmente adultos jovens, é o uso crônico de drogas, dentre elas destaca-se o usuário de *crack*.

Na clínica médica existem alguns malefícios e consequências relacionados ao uso do *crack*, segundo Oliveira e Pedroso (2014) que podem ser doenças ou situações de risco. Entre elas: desnutrição progressiva, troca de sexo por drogas (associando com isso doenças sexualmente transmissíveis), HIV e Hepatite C, convulsões, abscesso pulmonar, transtornos mentais agudos, hipoglicemia e distúrbios metabólicos, furtos e roubos para comprar a droga, pneumonia de repetição e abscesso pulmonar, arritmia, hipertensão, infarto agudo e endocardite, trauma por violência e acidentes, abstinência aguda por álcool, entre outros.

Sendo assim, o *crack* pode provocar danos físicos e fisiológicos extremamente graves levando inclusive à morte. Todavia, paralelo a isso o *crack* causa danos sociais extremamente graves que afetam não apenas o usuário, mas toda a família e a sociedade.

Em uma visão global, (figura 1) mostram-se as principais complicações clínicas que comumente afetam a saúde sistêmica dos usuários de *crack* e são frequentemente relatadas em serviços de urgência ou emergência hospitalar, afetando os sistemas orgânicos e que podem levar à overdose por cocaína.

Figura 1. Fisiopatologia das complicações médicas que podem levar à overdose de cocaína.



Fonte: Benowitz (1992)

As taxas de mortalidade dos usuários de *crack* são maiores que as da população em geral. Os usuários de cocaína/*crack* são responsáveis por 5% a 10 % dos atendimentos em serviços de emergência hospitalar, sendo secundária a informação sobre o uso de cocaína e, principalmente, suas complicações cardiovasculares (MARAJ; FIGUEREDO; LYNN MORRIS, 2010). Isso muitas vezes, não é diagnosticado pela equipe por não ser citado pelos usuários ou não ser investigado no serviço de saúde.

Os usuários de *crack/cocaína* desenvolvem complicações sistêmicas e clínicas amplamente relatadas em serviços de urgência e que carecem de mais estudos e acompanhamentos na tentativa de melhor acompanhar os efeitos, o tratamento e o prognóstico do usuário (AFONSO *et al.*, 2007).

Conforme Pulcherio *et al.* (2010) um estudo com 332 usuários de cocaína da cidade de São Paulo relatou que 50% deles apresentavam alguma complicação, com 84% relatando calor e rubor, 76% tremores incontroláveis, 21% desmaios, 18% convulsões . Outras

complicações, como overdose, problemas cardiovasculares, problemas respiratórios, infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, hepatite C, promiscuidade sexual, suicídios, homicídios, quadros psiquiátricos e pobre saúde global também é relatada. Ainda, conforme o mesmo autor, uma diferença importante entre os usuários de *crack* brasileiros e os de alguns países desenvolvidos está na principal causa de morte. Enquanto nesses países as mortes ocorrem por complicações cardiovasculares e cardiopatias causadas pela cocaína, e overdose (SCHIFANO; CORKERY; GHODSE, 2012), no Brasil a principal causa de morte é por homicídio.

As complicações mais frequentemente encontradas em usuários de *crack* são complicações cardiovasculares, do sistema respiratório, neurológicas e outras complicações em geral, conforme detalhamentos a seguir:

- Complicações do Sistema Cardiovascular

O número de complicações cardiovasculares relacionadas ao uso/abuso de *crack* cocaína é grande e inclui patologias como: isquemia miocárdica aguda e infarto, arritmias, morte súbita, miocardites, cardiopatias, hipertensão arterial, ruptura de aorta e endocardite (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

O *crack* /cocaína causa o aparecimento de sintomas potencializadores como: aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, das contrações cardíacas, do potencial de relaxamento cardíaco e vasoconstrição coronariana, que normalmente são agudos. Provoca também efeitos inibitórios que podem ser tardios como: redução da contração cardíaca e do potencial de relaxamento cardíaco, diminuição da fração de ejeção e aumento da vasodilatação (SOUZA *et al.*, 2016).

- Complicações do Sistema Respiratório

Estas complicações são incertas, pois apesar de 25 a 60 % dos adictos terem sintomas respiratórios poucos procuram os serviços médico-hospitalares (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Os principais sintomas relatados são: hipertermia dispneia, tosse improdutiva ou hemoptise ou ainda com restos de combustão (secreção escurecida).

As principais complicações respiratórias do uso da cocaína, conforme descrevem Posser; Zilli e Rockembach (2013) são: lesões de vias aéreas; doenças imunologicamente mediadas; hemorragia pulmonar e lesões pulmonares; pulmão de “*crack*”; edema pulmonar; pneumomediastino, pneumotórax e pneumopericárdio e susceptibilidade a infecções;

- Complicações Neurológicas

Segundo Ribeiro e Laranjeira (2010) entre os usuários de cocaína o principal sintoma citado é a cefaleia, que é relatada por 60 -75% dos usuários durante o uso ou durante a síndrome de abstinência. Parece haver relação entre a intensidade da cefaleia e a dose utilizada. Outras complicações neurológicas segundo o mesmo autor são: crises convulsivas; acidente vascular cerebral (AVC); atrofia cerebral; vasculite cerebral e transtornos do movimento.

Outras complicações citadas (de modo menos frequente) são as complicações do Sistema Gastrointestinal e Sistema Renal, tais como: ulceração/perfuração gastrointestinal; infarto enteromesentérico /perfuração gastroduodenal; pneumoperitônio; colite; insuficiência renal aguda (IRA), ou crônica(IRC); e, Rabdomiólise, que é uma insuficiência renal aguda em que há a liberação do conteúdo das células musculares para o plasma, que é a forma mais comum de patologia renal induzida pela cocaína (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

No capítulo seguinte será abordado o tema da dependência química , saúde mental e saúde pública, tentando demonstrar a forma como vem sendo feito o enfrentamento às drogas, especialmente ao crack nas políticas públicas e no SUS.

4 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SAÚDE MENTAL: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Para Teixeira (2011), no seu texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde na Bahia, (2011) o SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”, como a materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição Cidadã, de considerar a saúde como um “Direito de Cidadania e um Dever do Estado”. Nesse sentido, o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral.

Em 2011, a portaria 2.488/2011 do Ministério da Saúde, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), organiza a Rede de Atenção à Saúde (RAS) traz a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Atenção Básica em Saúde (ABS) utiliza um conjunto de ações em saúde que enfatiza o cuidado individual, da família e da comunidade e se caracteriza por abranger a promoção e a proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Dessa forma o cuidado se torna integral (BRASIL, 2012a).

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e esta próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a).

Conforme o caderno de Atenção Básica de número 34, que trata da Saúde Mental (SM), desenvolvido pelo Ministério da Saúde:

[...] a SM não está dissociada da saúde geral. E por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica. Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre estas questões (BRASIL, 2013b, p. 11).

Muitas vezes essa percepção está distante dos profissionais de saúde que aprendem nas instituições de formação profissional a dissociação do físico e do mental. Para eles, muitas vezes, é difícil conceber a ideia que a “cura” não será o resultado de suas ações em saúde, o que causa frustração e o desejo de encaminhar o paciente para atendimento especializado, como se não houvesse suficiência em sua formação para realizar acolhimento aos portadores de transtornos mentais e/ou abuso de substâncias.

[...] o choque que existe entre nossa formação acadêmica, ainda calcada em uma forte visão biomédica, que entende que a função dos profissionais de Saúde é apenas por meio de um raciocínio anatomoclínico e fisiopatológico, lógico, baseado em evidências científicas (BRASIL, 2013b, p 14.).

Para Sales (2014) é praticamente impossível querer banir as drogas do mundo, mas podemos reinventar a maneira de lidar com elas e, coletivamente construir um mundo onde as diferenças de nossas condutas possam ser transformadas para melhor lidar com o uso das drogas.

O *crack* é uma droga de difícil tratamento, particularmente se levarmos em consideração os modelos atualmente propostos para o atendimento de drogas no Brasil. A epidemia do *crack*, em nosso país, coincidiu com a reforma psiquiátrica que desativou um grande número de leitos psiquiátricos. Porém, o dependente necessita de um período de afastamento para o seu tratamento e, além disso, a rede pública, atualmente, não tem tido capacidade de absorver toda a demanda (KESSLER; PECHANESKY, 2008).

Muitas vezes, o uso do *crack* está associado a outras comorbidades psiquiátricas, (ROBINSON; BERRIDGE, 2008 *apud* RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). As oscilações entre euforia e depressão provocadas, respectivamente, pelo uso do *crack* e sua abstinência, aumentam a vulnerabilidade e propiciam o aparecimento de sintomas psiquiátricos como os transtornos de personalidade e de humor (BASTOS; BERTONI, 2014).

Segundo Kessler e Pechansky (2008) esses aspectos provocam uma rápida deterioração do indivíduo em relação ao seu autocuidado, individual e social propiciando a instalação de diversas doenças e ações ilícitas na tentativa de conseguir adquirir mais “pedras” e repetir o uso.

As taxas de mortalidade dos usuários de *crack* são maiores que as da população em geral e, atualmente, caracteriza-se como epidemia de difícil controle social (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Conforme Nida (2009) citado por Ribeiro e Laranjeira (2010, p. 19) para realizar um tratamento efetivo da dependência química é necessário muito mais que a desintoxicação. E cita os 13 princípios para coordenar o processo da dependência química:

- Nenhum tratamento é efetivo para todos os pacientes;
- O tratamento necessita ser facilmente disponível;
- O tratamento deve atender as varias necessidades e não somente ao uso de drogas;
- O tratamento necessita ser constantemente avaliado e modificado de acordo com as necessidades do paciente;
- Permanecer em tratamento por período adequado é fundamental para a efetividade;
- Aconselhamento e outras técnicas comportamentais são fundamentais para o tratamento;
- Medicamentos são importantes, principalmente quando combinados com terapia;
- A comorbidade deveria ser tratada de uma forma integrada;
- Desintoxicação é só o começo do tratamento;
- O tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo;
- A possibilidade de uso de droga deve ser monitorada;
- Avaliação sobre HIV, Hepatites B e C e aconselhamentos para evitar esses riscos;
- Recuperação é um processo longo e muitas vezes necessitam vários episódios de tratamento (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010, p. 19).

Levando-se em consideração a complexidade do tratamento, a individualização do problema podemos seguramente afirmar que a desintoxicação é apenas a primeira fase do tratamento. E a internação deveria ser o último recurso terapêutico a ser utilizado, porém, por desconhecimento das políticas de saúde e por estarem vivendo situações de abandono social e doença, as famílias optam prioritariamente pela internação como se fosse uma solução mágica de “cura”, e se frustram quando ocorre recaída. Não são preparadas para tratar seus entes e ainda sofrem discriminações pela comunidade.

Para Ribeiro e Laranjeira (2012), a dependência do *crack* também é vista como uma doença que necessita de um tratamento com metas e intervenções, levando em conta as especificidades e necessidades de cada paciente e, em muitos casos, por longo prazo.

O Programa Nacional de Álcool e outras Drogas, aprovado em 2005, tem como diretrizes gerais elementos como promoção de saúde e redução dos riscos de vidas e define como droga qualquer substância exógena que possa interferir em um ou mais sistemas do organismo, produzindo alterações em seu funcionamento, sendo que, com o uso frequente dessas substâncias, pode-se desenvolver a dependência (BRASIL, 2006a).

Quando o abuso de substâncias cria transtornos sociais, físicos, emocionais e judiciais verifica-se que o dependente opta por aceitar uma internação como forma de ‘dar um

tempo', e a família aceita de imediato a solução, pois acredita que milagrosamente o problema se encerrará no curto período de até 21 dias.

Por sua vez os serviços de saúde precisam demonstrar que algo foi feito e providenciam as vagas de internação. Os hospitais gerais, em sua maioria em precárias condições financeiras, aceitam receber esses pacientes, apesar de pouca estrutura e pouco conhecimento técnico de sua equipe de trabalho, como uma forma de ter proventos financeiros que consigam manter suas despesas equilibradas. Internam esses pacientes com uso de medicação pesada que vise 'desintoxicá-lo' e no período máximo de 21 dias (se não houver abandono do tratamento e fuga). Devolvem-no para a sua família e sua comunidade sem que muitas vezes tenha havido um acolhimento prévio da família para que a mesma saiba como lidar com uma situação que para ela é vexatória, discriminatória e alheia à sua vontade. O indivíduo, por sua vez, comprometido pela doença, abstinência, traficantes, justiça e com as situações anteriores à internação (que permanecem as mesmas) e, por vezes, com situações de criminalidade em que se envolveu, volta da internação ao seu ciclo vicioso e a recaída é apenas uma questão de tempo para acontecer (BRASIL, 2003).

Nesse ciclo de 'faz de conta' o usuário permanece por muito tempo entre internações e recaídas, até que comecem os problemas relacionados à violência ou complicações orgânicas debilitantes ou irreversíveis. Ele não consegue interromper esse ciclo, e a frustração pela dependência pode, muitas vezes, levá-lo ao suicídio ou à morte prematura por complicações orgânicas ou relacionadas a violência, conforme Ronzani *et al.* (2014).

A morte, então, se chegar, deixa sua família aliviada e ao mesmo tempo profundamente culpada por não ter sabido como lidar com uma situação tão extrema de vulnerabilidade social e psicológica, muitas vezes se culpando pela dependência.

A dependência química traz ainda mais estigmas, pois para muitos não é considerada uma doença, mas falha de caráter, uma vez que o próprio indivíduo optou por fazer uso da substância. Isso torna ainda mais difícil o seu acolhimento na comunidade, família e serviços de saúde. Conforme Ronzani *et al.* (2014), demonstram na figura 2, para muitos usuários de álcool e drogas a baixa autoestima é fator preponderante entre os dependentes, calcado no agir e pensar da maioria das pessoas que concordam que o uso de substâncias lícitas ou ilícitas de forma abusiva poderia e deveria ser interrompido a qualquer momento.

Figura 2 – Estigmas que influenciam o tratamento da doença



Fonte:: Ronzani *et al.*(2014)

É preciso que haja melhorias nas qualificações dos profissionais de saúde pública, desde sua formação inicial, e comprometimento desses com os pacientes de saúde mental e suas famílias para que sejam tomadas medidas na prevenção, controle do uso de drogas, bem como tratamentos efetivos e medidas reabilitadoras. É necessário que a reforma psiquiátrica seja incorporada no dia a dia das Unidades Básicas de Saúde - UBS e dos profissionais que nelas atuam. É preciso que os princípios do SUS também sejam realidade para os usuários da saúde mental.

A esse respeito, Vasconcelos (2007) ressalta que a educação em saúde é um campo de práticas e conhecimentos que tem se ocupado com a criação de vínculos entre a ação profissional e o pensar e fazer cotidiano da população. De acordo com Souza *et al.*(2016) para se realizar educação em saúde é fundamental criatividade, trabalho coletivo, participação, valorização da diversidade e do envolvimento e criação de vínculo, pois esses intensificam a troca de vivências.

5 A SAÚDE MENTAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo, com o nome de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira e fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial (BRASIL, 2004a).

Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como: “[...] unidades de saúde locais/regionalizadas que contavam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecessem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004a, p.244).

A exclusão social e a ausência de cuidados que atingem, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de transtornos mentais, apontam para a necessidade da reversão de modelos assistenciais, de modo a contemplar as reais necessidades da população, o que implica a disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. Tal lógica também deve ser contemplada no planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que consomem álcool e outras drogas (BRASIL, 2004a).

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade, a práticas antissociais e à oferta de "tratamentos" inspirados em modelos de exclusão/ separação dos usuários do convívio social (BRASIL, 2004b).

Constatamos assim que, nesse vácuo de propostas e de estabelecimento de uma clara política de saúde por parte do Ministério da Saúde, constituíram-se "alternativas de atenção" de caráter total, fechado e tendo a abstinência como principal objetivo a ser alcançado. A

percepção distorcida da realidade do uso de álcool e de outras drogas promove a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são inertes por natureza, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. Isso por vezes, é confirmado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas/terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência (BRASIL, 2004b).

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013 sobre os Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2013a) organiza-os nas modalidades de: CAPS I - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;

CAPS II - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

CAPS III - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

CAPS AD - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

CAPS AD III - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

CAPS i.- atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD 24 horas) é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, *crack* e outras drogas. Seu público específico são os adultos, mas também podem atender crianças e adolescentes, desde que observadas as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2004a).

Os CAPS AD 24 horas oferecem atendimento à população, realizam o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os CAPS também atendem os usuários em seus momentos de crise, podendo oferecer acolhimento noturno por um período curto de dias (BRASIL, 2004a).

O CAPS apoia usuários e famílias na busca de independência e responsabilidade com seu tratamento. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social que garantam o sucesso de suas ações. Preocupa-se com a pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. Dispõe de equipe multiprofissional composta por médico psiquiatra, clínico geral, psicólogos, dentre outros, (BRASIL, 2004a).

Para ser atendido num CAPS pode-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde. A pessoa pode ir sozinha ou acompanhada, devendo procurar, preferencialmente, o CAPS que atende a região onde mora (BRASIL, 2004a).

Para o funcionamento de CAPS são necessários os seguintes profissionais:

Todos os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional e cada tipo de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad) tem suas próprias características quanto aos tipos e à quantidade de profissionais.

Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS – Equipes mínimas:

CAPS I: 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPS II : 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo,

assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS III: 2 médicos psiquiatras;1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior; 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPSi:1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico •

5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPSad: 1 médico psiquiatra;1 enfermeiro com formação em saúde mental;1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico ;6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004a, p. 26/27)

As equipes técnicas devem organizar-se para acolher os usuários e desenvolver os projetos terapêuticos.

5.1 O Acolhimento nos Serviços de Saúde Mental Específicos para Usuários de *Crack*

O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou encaminhá-los, se necessário (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Para Carvalho e Campos (2000), acolhimento é uma tecnologia que tem como objetivo escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e, se necessário, referenciar os que não conseguem resolver.

A pesquisa de Costa, Garcia e Toledo (2016), mostra que o enfermeiro classifica o acolhimento como uma triagem da demanda espontânea, com a finalidade de avaliação de queixas agudas e não de escuta e resolutividade de problemas.

A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de determinada região. Como a atenção básica representa a porta de entrada da comunidade aos serviços de saúde é essencial proporcionar atendimento

acolhedor para diminuir as desigualdades e promover cuidado integral ao cliente (ARANHA; SILVA; SILVA, 2011).

Em função da complexidade da atenção básica à saúde, é preciso que as equipes de saúde desenvolvam dispositivos que permitam a qualificação do cuidado, como o acolhimento, que pode ser compreendido como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; como tecnologia de cuidado; e como dispositivo de organização do processo de trabalho em equipe (GARUZI *et al.*, 2014).

A Atenção Básica é para ser uma porta de entrada prioritária para atender as demandas em saúde dos usuários, de forma a possibilitar que os indivíduos busquem a resolutividade de seus problemas com os profissionais que atendem nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, que os conhecem e às suas famílias e seus problemas de saúde de forma ampla e ao mesmo tempo individual, pois atuam na região onde os mesmos residem e buscam auxílio para a sua demanda de saúde.

A AB, caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, como objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2013b, p. 19).

Muitos profissionais de saúde que atuam nas equipes multiprofissionais da AB (Atenção Básica) têm dificuldades de exercer ações de saúde mental, muitas vezes pelo despreparo de realizar a escuta e o acolhimento como uma ação terapêutica. Nas escolas e universidades, esses profissionais aprendem a tratar doenças e ‘eliminar’ sintomas, e torna-se muito difícil não atender as suas expectativas de cura, que na doença mental torna-se distante. É frustrante para estes profissionais não enxergarem os resultados de suas intervenções de forma palpável e, muitas vezes eles não sabem como agir, como falar com os usuários portadores de transtornos mentais ou adictos, com medo de estar ‘piorando’ a situação e gerando mais doença, pois não se sente preparado e seguro para fazer intervenções em saúde mental (BRASIL, 2013b, p. 25).

No próximo capítulo será abordada a organização da saúde pública e da saúde mental no município de Cruz Alta – RS, especificamente.

6 ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E DA SAÚDE MENTAL MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA - RS

A Saúde Pública no Município de Cruz Alta é atendida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e até o final do ano de 2016, contava com uma força de trabalho de quinhentos e cinquenta (550) profissionais de todos os níveis e categorias. Alguns são concursados e outros contratados para realização de serviços de saúde pública. O município contava com vinte (20) Estratégias de Saúde da Família (ESF), onde atuavam no total cinquenta (50) enfermeiros, quarenta e quatro (44) médicos e cento e vinte e um (121) Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Possuía um (01) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), onde atuavam um (01) Psicólogo, um (01) Educador Físico, um (01) Fisioterapeuta e três (03) Nutricionistas.

Na área de saúde mental eram três (03) CAPS, sendo um (01) AD (Álcool e Drogas), um (01) CAPS i (Infantil) e um (01) CAPS I (transtornos mentais de forma geral). A média de atendimento nos três CAPS juntos era de trinta (30) pacientes/dia, conforme dados fornecidos pela Secretária Municipal de Saúde (SMS). Nos CAPS de Cruz Alta, atuavam os profissionais relacionados no quadro 01:

Quadro 01 - Profissionais que atuaram nos CAPS de Cruz Alta, em 2016

	CAPS AD	CAPS i	CAPS I
Assistente Social	01	00	01
Enfermeiros	00	01	01
Psicólogos	03	03	03
Psiquiatra	01	01	00
Médico Generalista	01	00	01
Médico Pediatra	00	01	00
Técnico de Enfermagem	01	01	01
Fisioterapeuta	00	00	01
Arteterapeuta	00	00	01

A enfermagem segundo Giroti, Nunes e Ramos (2008, p.10):

É uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação de saúde, atuando em equipes, ou seja, coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia através da educação em saúde.

Desconsi (2016) cita Peduzzi (2001) para falar sobre equipe interdisciplinar em Saúde Mental:

Uma equipe interdisciplinar, como a do CAPS, o trabalho não propõe a abolição das especificidades de cada área do saber, visto que as diferenças técnicas expressam a possibilidade de diálogo e da divisão do trabalho para uma melhor assistência. As especialidades permitem o aprimoramento do conhecimento, bem como o aumento da produção de trabalho. Na equipe, pretende-se manter as diferenças técnicas entre as disciplinas e flexibilizar a divisão do trabalho, ou seja, existem ações privativas de cada área de atuação e ações conjuntas, que podem ser executadas por qualquer profissional da equipe (PEDUZZI, 200, p. 4)

As equipes multidisciplinares que atuam nos CAPS usam recursos desde a estrutura física da unidade até as especializações dos profissionais, os quais usam técnicas artísticas, culturais, educativas, além dos grupos terapêuticos, consultas médicas de enfermagem e psicologia, com ação também dos técnicos de enfermagem. Os profissionais habilitados para as ações coordenam os atendimentos para acolhimento e tratamento ao usuário e sua família (MILHOMEM, 2007). Para garantir a atenção integral a usuários de crack e outras drogas, os serviços de saúde devem estar articulados, de forma funcional e complementar, com os diversos dispositivos da rede. Todos os profissionais são importantes. Destaque para os técnicos de enfermagem e enfermeiros que fazem o primeiro acolhimento e para o médico que vai avaliar a situação do paciente e faz os devidos encaminhamentos para psicólogos que promoverão encontros e atividades terapêuticas e dirigem e orientam os grupos teatrapeutas. Há também os fisioterapeutas que orientarão atividades psicomotoras com objetivo de desenvolver o corpo e fortalecer ações que promovam o bom desempenho de um conjunto de atividades. Nesse contexto, nota-se que todos os profissionais são de suma importância no desempenho do tratamento do usuário de crack que é o foco dessa pesquisa.

Outro profissional importante que não atua diretamente no CAPS, mas que tem um papel fundamental no conhecimento das famílias é o ACS. As principais características do perfil do profissional ACS, segundo Garcia *et al.*(2006), está no fato de ser preferencialmente morador do território ou das proximidades, o que permite compartilhar o contexto social e

cultural, assim como o meio e a linguagem utilizada pela comunidade atendida. Isso facilita a identificação de fatores responsáveis ou que interferem para que as pessoas adoçam e também torna o desenvolvimento de estratégias mais eficazes na adesão às recomendações da equipe de saúde.

Nesse contexto, então, realizou-se a presente pesquisa, onde foram entrevistados profissionais que mantêm vínculos com os usuários de drogas tanto na comunidade onde os mesmos residem (ACS,), nas UBS que procuram para resolver seus problemas de saúde (Enfermeiros das ESFs) como nos serviços especializados para atendimento de álcool e drogas (CAPS AD), a fim de responder os objetivos propostos para essa pesquisa.

Assim, nesse capítulo, categorizamos as principais evidências levantadas por meio das entrevistas com os profissionais pesquisados.

6.1 Serviços de saúde mental e as condições de efetividade dos serviços de desintoxicação e reabilitação dos usuários de *crack* do município de Cruz Alta –RS

De acordo com **os enfermeiros** entrevistados, três (03), o que totaliza 75% deles, conseguem visualizar que há uma rede de saúde mental e que o seu trabalho contribui para essa efetivação. Um enfermeiro (25%) entrevistado tem dificuldade em visualizar no seu trabalho prático a efetividade dessa rede. Essas evidências aparecem nas falas dos mesmos:

“Sim, após a avaliação da médica assistente o paciente é direcionado para o serviço de referência” (E 1).

“Sim, através do CAPS”(E 2).

“Sim, através do CAPS” (E 3).

“Temos muita dificuldade em trabalhar este serviço, mas estamos tentando” (E 4).

Todavia, quando questionados especificamente sobre a efetividade ou não dessa rede de saúde mental, dois (02)enfermeiros(as) (50%) consideraram efetiva, um deles ainda considera relativa e os outros dois (02 = 50%) não consideram que a rede seja efetiva. Suas falas comprovam essas conclusões:

“Relativamente eficaz” (E1).

“Difícil devido a adesão dos usuários participantes” (E2).

“Efetiva, através dos encaminhamentos, consultas” (E3).

“Acho que não está totalmente integrada com as ESFs” (E 4).

Os enfermeiros que consideram a rede não efetiva, ressaltaram que os motivos para isso são: a falta de profissionais capacitados; a falta de um trabalho em equipe; e a falta de adesão dos usuários. Suas falas confirmam essas conclusões:

“Mais profissionais capacitados e trabalho em equipe” (E1).

“Falta adesão dos próprios participantes” (E2).

“Faltam profissionais capacitados” (E3).

No Caderno de Saúde Mental (BRASIL, 2013b, p. 23), recomenda-se que:

Para que o cuidado em saúde mental seja efetivo, as intervenções devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde. (BRASIL, 2013. p.23)

Para os **Agentes Comunitários de Saúde**, dez (10 = 76,92%) consideram que existe a rede de atenção em saúde mental e três (03 = 23,07%) consideram que não existe. De acordo com suas falas:

“Sim, através do CAPS AD” (ACS 10).

“Fazendo encaminhamentos através da ESF” (ACS 11).

“É um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades” (ACS 12).

Porém, 70% dos que consideram que existe a rede, alertam que ela não é efetiva, pois há muitas falhas e citam vários motivos para isso não acontecer: faltam vagas para internações; falta busca ativa por parte dos serviços aos usuários (CAPS e saúde mental); o tempo de espera para consulta é longa; são necessários mais médicos especializados nessa área; mais infraestrutura para receber pacientes em surto; falta vontade (motivação) por parte dos profissionais da Saúde Básica; um pronto atendimento; um acompanhamento mais eficaz; falta qualificação e também porque estão faltando mais projetos por parte dos gestores. Essas colocações dos agentes comunitários de saúde podem ser evidenciadas em suas falas:

“Faltam vagas para internações. Está faltando a busca ativa por parte dos serviços aos pacientes que se negam a fazer o tratamento” (ACS 1).

“O serviço existe, mas tem falhas, faltam vagas para internação e busca ativa a pacientes por parte do CAPS e saúde mental. Mais infraestrutura para receber pacientes em surto. O paciente espera muito tempo para consulta e internação” (ACS 2).

“Sim e não, o serviço existe, mas com falhas, faltam vagas para internação e busca ativa ao paciente por parte do serviço ao usuário quando necessário. Está faltando a busca ativa pelo serviço aos pacientes que se negam a fazer o tratamento, e o tempo é demorado. falta a ampliação para a internação. É muito longa a espera. Às vezes não querem fazer o tratamento” (ACS 3).

“Este serviço existe, mas com falhas; faltam vagas para internações e busca ativa por parte dos serviços aos usuários; o tempo de espera para consulta é de longa espera ,é preciso mais médicos especializados, mais infraestrutura para receber pacientes em surto. O paciente espera muito tempo para consulta e internação. Médicos psiquiatras são muito poucos”(ACS 4).

“[...] Está faltando a busca ativa por parte do serviço aos pacientes que se negam a fazer o tratamento” (ACS 5).

“Visualizo de forma muito lenta, pois faltam mais profissionais. Esta faltando profissionais e vontade” (ACS 7).

Ainda sobre a descrição da efetividade ou não da rede de atenção em saúde mental do município, os agentes comunitários de saúde evidenciaram que: a rede existe , mas com falhas; a rede deveria ser mais humana; ser mais resolutiva, ágil e sensível , conforme suas falas:

“Com falhas” (ACS 2 e ACS 4).

“Deveria ser mais humana” (ACS 7).

“Deveria ser mais agilizada a consulta” (ACS 8)

“Deveria haver mais agilidade e sensibilidade” (ACS 9).

Conforme a enfermeira do setor de saúde mental, responsável pelo agendamento de leitos de internação em saúde mental nos municípios de abrangência da 9ª CRS: *“ fila de espera nos hospitais conveniados sempre existe. A demanda por vagas é sempre maior que o número de leitos ofertados. A demora para conseguir um leito pode ultrapassar um mês.”*

Para conseguir um leito em urgências psiquiátricas (Quando há risco de danos a integridade ou à vida do próprio paciente, de seus familiares ou comunidade), é necessário recorrer a judicialização, ou seja, ter uma ordem judicial para que a internação ocorra em um

prazo máximo determinado pela Justiça. Isso, é claro, não pode ser definido como situações humanas e sensíveis, e contraria os princípios básicos do SUS.

Para os quatro **profissionais que atuam no CAPS AD**, três consideram que não há uma rede de atenção em saúde mental efetiva no município e apenas um considera que há, conforme evidenciado em suas falas:

“Não visualizo uma rede efetiva” (P 1).

“Não, na prática a ‘rede’ não funciona porque a ‘rede’ pensa que o usuário de saúde mental pertence só aos CAPS” (P 4).

“Sim, acredito que há efetividade na prática à saúde mental nas ESF’s da cidade, com relação ao fluxo de demanda dos pacientes que participam” (P 3).

Os três **profissionais que atuam no CAPS AD**, que acreditam não haver uma rede efetiva em saúde mental, descrevem essa falta de efetividade da seguinte forma: “No papel há uma rede (hospitais, CAPS’s, oficina terapêutica, e outros dispositivos) entretanto, na prática, cada um faz seu trabalho, isolado, fragmentado” (P 1); “Equipe deve sair do foco: saúde mental é só no CAPS” (P 2) e que “Os demais serviços não se sentem pertencentes à saúde mental” (P 4). Ainda complementaram que não há efetividade porque os serviços são fragmentados; falta escuta (acolhimento); falta buscar mais informações; falta resolubilidade na atenção básica; a saúde mental é vista como integrante apenas do CAPS. Essas evidências aparecem nas falas dos profissionais integrantes do CAPS AD:

“Não há efetividade, os serviços são fragmentados” (P 1).

“Falta a equipe escutar mais o que o paciente quer e precisa, buscar informações, fazer tentativas para resolver situações no seu território” (P 2).

“A ‘rede’ por si só é fragmentada, o paciente da saúde mental é visto como só da saúde mental” (P 4).

Já, o profissional que **atua no CAPS AD** considera que há efetividade e a *descreve assim*: “Atualmente há nas ESF’s grupos de saúde mental para viabilizar o acompanhamento e triagens, encaminhamentos atendimentos individuais dos usuários do SUS. Sempre há o que melhorar no serviço de saúde mental, talvez fortalecendo a rede de comunicação entre profissionais” (P 3). Cabe salientar que sua fala levanta um aspecto importante que é a comunicação entre os profissionais (efetividade dos serviços de referência e contrarreferência).

Segundo Martins (2001) citado por Mota, Martins e Vêras (2006) a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve

mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros. Além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização.

Portanto, pode-se evidenciar que para a maioria dos profissionais entrevistados, embora exista uma tentativa de se atuar em rede, ela não se efetiva.

6.2 Os aspectos de referência e contrarreferência dos processos de desintoxicação e reabilitação dos usuários de *crack* que buscam os serviços de saúde mental pública no município de Cruz Alta-RS

Questionou-se aos sujeitos da pesquisa se existem serviços de referência e contrarreferência em saúde mental pública que atenda o município de Cruz Alta para os usuários de *crack* em situação de desintoxicação e reabilitação. Todos os enfermeiros e profissionais do CAPS AD entrevistados (08) responderam que existe, embora alguns tenham feito algumas ressalvas quanto a essa efetividade. Já, para alguns dos ACS entrevistados não há esse serviço ou não souberam responder, conforme descrito na tabela 3:

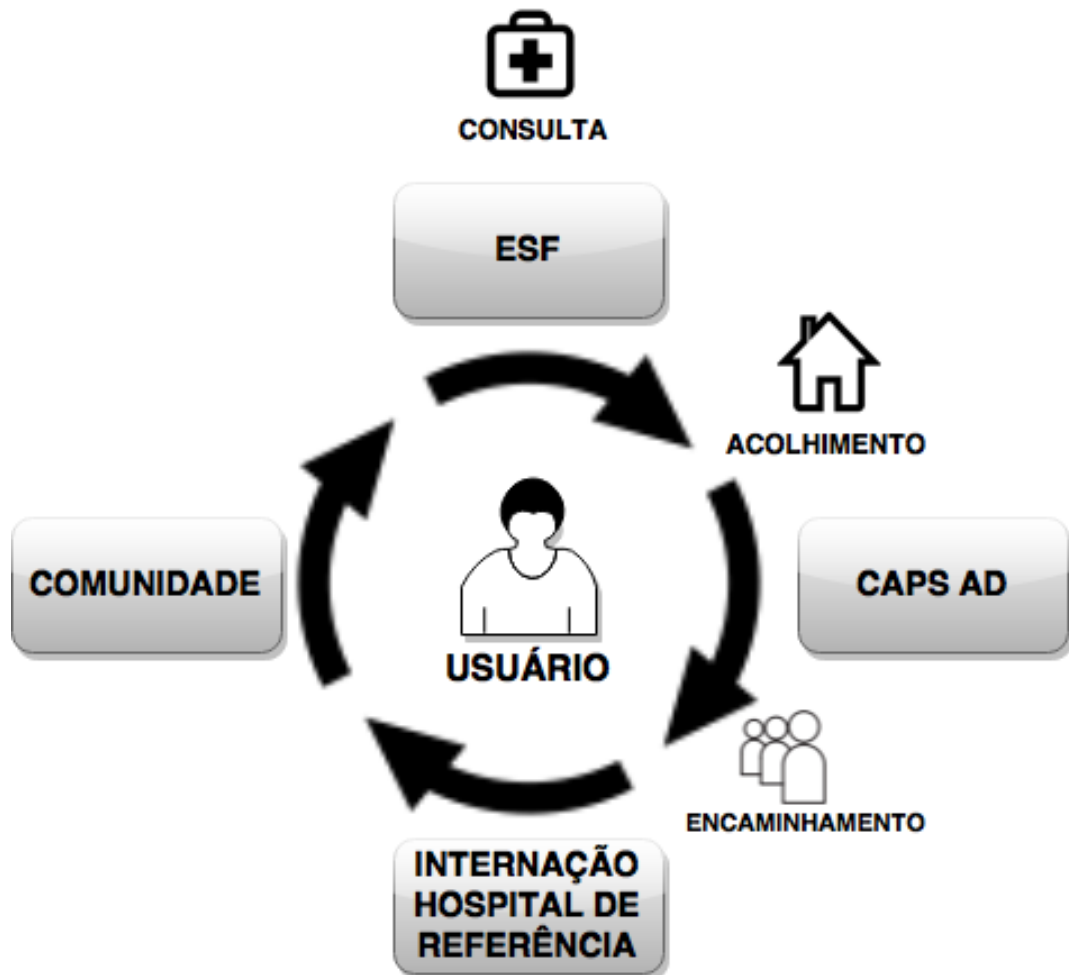
:

Tabela 3 – Existência de Serviços de Referência e Contrarreferência em Saúde Mental no município de Cruz Alta –RS

<i>Serviços de Referência e Contrarreferência</i>	<i>Enfermeiros</i>		<i>ACS</i>		<i>Profissionais CAPS AD</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Existe</i>	4	100%	9	69,2%	4	100%
<i>Não Existe</i>	0	0,00%	2	15,4%	0	0,00%
<i>Não respondeu a questão</i>	0	0,00%	2	15,4%	0	0,00%
<i>Total</i>	4	100%	13	100%	4	100%

Na continuidade da entrevista questionou-se o funcionamento dos serviços de referência e contrarreferência. Para os enfermeiros entrevistados, o funcionamento dos serviços de referência e contrarreferência ocorre da seguinte forma: o usuário busca a ESF ou o CAPS AD onde é realizado acolhimento e o mesmo é encaminhado para internação por 15 dias em hospital de referência e após retornam para atendimento clínico no CAPS AD. Essa descrição pode ser visualizada na figura 3:

Figura 3- Funcionamento de serviços de referência e contrarreferência em saúde mental na opinião dos Enfermeiros entrevistados



A figura 3 foi organizada conforme as falas dos enfermeiros entrevistados, que estão aqui evidenciadas:

“Após consulta no CAPS AD os mesmos são internados em hospital de referência por 15 dias e retornam para acompanhamento clínico” (E1).

“Consulta médica nos CAPS. Primeiro pelo acolhimento, e depois encaminhado conforme a necessidade de cada um” (E 2).

“Sim, existem. Consulta médica (unidade). Referência CAPS AD=encaminha para consulta de preferência já agendada via telefone e, se necessário, aciona a assistente social. Funciona através da referência e contrarreferência das ESFs com o CAPS AD” (E3).

“Sim, CAPS AD. A equipe das ESFs referencia e o usuário é atendido” (E4).

Conforme Souza (2007) citado por Mielke e Olschowsky (2010) as diretrizes da ESF colocam em pauta conceitos como vínculo, acolhimento e cuidado no contexto de uma atenção humanizada e ainda remetem à construção de uma gestão compartilhada do cuidado que implica a existência de uma rede de compromissos e responsabilidades que devem ser assumidas pelos gestores, pelos profissionais, pelos usuários do sistema de saúde e pela comunidade em geral.

A referência e contrarreferência, conforme preconizado, deveria ter portas abertas de qualquer setor de saúde pública, não apenas das UBS, ESF e CAPS, mas de consultórios, grupos de HIPERDIA, NASF, ou qualquer setor que consiga identificar as necessidades de atenção em saúde mental. Ainda, conforme Mielke e Olschowsky (2010) o desafio está no fato de promover mudanças e discussões necessárias para a promoção das ações de saúde junto ao território.

O apoio matricial é uma metodologia de trabalho que, incorporada pelos gestores, profissionais de saúde, usuários, familiares e comunidade, possibilita o compartilhamento da responsabilidade no processo de reabilitação psicossocial e a vivência da loucura no espaço da cidade.

Para os **Agentes Comunitários de Saúde - ACS** o fluxograma de referência e contrarreferência (figura 4) acontece da seguinte forma, conforme suas falas, descritas a seguir:

“O encaminhamento é feito pelo ESF” (ACS 2).

“O paciente receberia o atendimento na ESF e seria encaminhado ao CAPS AD” (ACS 3).

“O encaminhamento é feito pelo ESF” (ACS 4).

“O paciente receberia o primeiro atendimento na unidade e seria referenciado para o CAPS; Serviço especializado” (ACS 5).

“Orientaria o paciente usuário para consulta no ESF para ser avaliado pelo médico e depois ser encaminhado” (ACS 7).

“Encaminharia para o CAPS AD” (ACS 8).

“Primeiro passo é o encaminhamento para ESF” (ACS 10).

“Conversaria com minha supervisora, e através do ESF seriam feitos os procedimentos” (ACS 11).

“Levaria até um CAPS de minha cidade” (ACS 12).

Figura 4 - Funcionamento dos serviços de referência e contrarreferência em saúde mental na opinião dos ACS entrevistados



Conforme Garcia *et al.*(2006), nas equipes de saúde da família, o papel do ACS é destacado na ampliação da capacidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois agem nas comunidades e domicílios, interagindo com as pessoas e famílias, contribuindo para que se apropriem de conhecimentos e práticas que ampliem a autonomia e o desenvolvimento integral. São responsáveis pelo cadastramento, mobilização de apoios e suportes sociais e intersetoriais, abrindo o serviço para as demandas e necessidades da comunidade e participando da construção das agendas das equipes.

Para os ACS, o serviço existe, a dificuldade de esses serviços funcionarem melhor é de responsabilidade do próprio usuário que segundo suas falas, se nega a aderir ao tratamento e se torna-se um entrave para a solução de seus problemas. Conforme evidenciado em suas falas:

“O serviço existe, o difícil é convencer o paciente ao tratamento, depende da vontade deles” (ACS 2).

“Tem, mas nem sempre é bem sucedido porque o paciente, às vezes, não quer fazer o tratamento” (ACS 3).

Para os ACS não existe a compreensão de que a dependência química o impede de ficar abstinente, é como se ele não desejasse deixar o vício, e fosse o único responsável pela situação de miséria em que vive. Não existe rede de tráfico, problemas sociais determinantes e condicionantes. Há uma culpa implícita nas falas, de que a responsabilidade é do usuário que optou pelo vício. Há uma discriminação velada, dando conta de que ele não deveria ser

reinserido na comunidade, deveria ser excluído, mantido em internações prolongadas como os manicômios de antigamente.

Fica evidente na fala dos mesmos que eles só visualizam a desintoxicação e a abstinência como forma de tratamento. A redução de danos não é citada por nenhum desses profissionais. Também em suas falas os usuários não são responsáveis das famílias, das comunidades e dos profissionais de rede de saúde e das ESF. Eles são encaminhados aos CAPS AD e não são citados os seus caminhos de volta para a sua família, comunidade, redes de saúde e para o atendimento das ESF's e dos próprios ACS. É como se após o atendimento nas unidades especializadas em saúde mental, como em um passe de mágica ocorresse a 'cura'. Como se apenas o encaminhar fosse à solução e quando o usuário se nega a aderir ao tratamento está sendo um entrave. Não há retorno sobre a continuidade do atendimento e acompanhamento nas ESF pelas equipes de saúde e pelos ACS e pela comunidade. Depois de encaminhar para o CAPS AD, o usuário deixa de existir na comunidade e na atenção básica e se torna responsabilidade exclusiva do CAPS AD.

Nas falas dos ACS, fica evidente que para eles o trabalho se encerra no momento em que o usuário é encaminhado ao CAPS AD. Deixa de ser sua responsabilidade acompanhá-lo e saber de sua evolução. Como se o paciente não fosse retornar para a comunidade e a responsabilidade passa a ser exclusivamente dessa equipe a partir desse encaminhamento. Não há referência à família nem ao seu retorno à comunidade, à escola, ao trabalho e outras interações sociais.

Também relatam a inexistência do serviço de desintoxicação no município, e o encaminhamento para esse serviço em outros municípios, conforme verifica-se nas seguintes falas:

“Desintoxicação não. É passado por referência, com referência para outra cidade” (ACS 7).

“Em situação de desintoxicação acredito que não, quando solicitado encaminhei para o Bom Pastor em Ijuí – Posteriormente para fazenda” (ACS 8).

“Sim, existe fazenda para acolher os usuários. Vai depender da pessoa querer e da família também” (ACS 12).

E alguns demonstram ainda, desconhecimento total sobre o assunto conforme os seguintes relatos:

“Não tive esta experiência ainda, mas geralmente é encaminhado para CAPS” (ACS 9).

“Os pacientes são encaminhados para o “CRAS” onde são avaliados e encaminhados conforme a necessidade desses pacientes” (ACS 11).

“Equipe da ESF. Equipe do CAPS e a rede intersetorial” (ACS 1).

Os profissionais de saúde começam seu trabalho indo aos locais onde as pessoas fazem uso da droga, na tentativa de criar vínculos com as mesmas. Os profissionais da ESF iniciam seu trabalho cadastrando os usuários no domicílio ou na sua área de abrangência. As duas ações se baseiam no vínculo continuado. Na ESF o paciente, que em outros serviços tradicionais era apenas um número de prontuário, transforma-se em pessoa com história de vida, sentimentos, alegrias, angústias e dor. Os pacientes conhecem seu agente de saúde, enfermeiros e médicos pelo nome e vice-versa. Na RD e na ESF, o êxito depende do vínculo de confiança que se cria entre os profissionais e os usuários (BRASIL, 2013b, p. 7).

Para os **profissionais do CAPS AD**, o usuário é recebido através de encaminhamento, demanda espontânea do próprio usuário e sua família ou através de judicialização. Primeiramente, é realizado o acolhimento e elaborado um plano terapêutico. Se for necessário (e tiver vagas), ele será encaminhado para internação de desintoxicação e, se houver interesse, encaminhado para uma comunidade terapêutica e/ou atendimento ambulatorial no próprio CAPS AD, para consultas e grupoterapia.

Conforme Mielke e Olschowsky (2010) o uso da Estratégia de Apoio Matricial é um dispositivo que poderia qualificar os projetos terapêuticos que têm como objetivo a inserção social, a reabilitação psicossocial e a atenção integral dos indivíduos com transtornos mentais.

Em momento algum esses profissionais evidenciam que exista o encaminhamento para a comunidade, ACS e ESF, demonstrando que para esses profissionais do CAPS AD, a rede básica não é parte da rede intersetorial de atendimento ao usuário de *crack* e outras drogas. De certa forma, referendam o que os ACS também fazem quando tentam se “livrar” do usuário encaminhando-o para o CAPS AD. É como se a responsabilidade por esse paciente não fosse de todos, mas apenas dos profissionais do CAPS, reforçando a ideia de que os pacientes de saúde mental não são responsabilidade de toda uma rede de atenção em saúde, de forma integral, mas apenas são responsabilidade dos próprios serviços de saúde mental.

Essas falas são demonstradas no fluxograma (figura 5) elaborado a partir dos relatos dos profissionais do CAPS AD:

Figura 5 - Fluxograma de atendimento em saúde mental na opinião dos entrevistados da equipe do CAPS AD



Em suas falas, os profissionais que atuam no CAPS AD evidenciam:

“Para desintoxicação atualmente há 3 hospitais gerais vinculados a 9ª CRS, 01 hospital psiquiátrico para casos de urgências (com fila de espera) e o município possui convênio com 2 comunidades terapêuticas (AJEM e COTEFEM). A primeira coisa a se fazer é o acolhimento do usuário, a escuta deste. Construir um plano terapêutico a partir daquilo a que o usuário se dispõe. Depois desta escuta se fazem os encaminhamentos necessários” (P 1).

“Sim, CAPS AD para tratamento ambulatorial e hospitais fora de Cruz Alta para casos de internação. Primeira coisa a ser feita é o acolhimento, fazer a escuta do paciente, montar um plano terapêutico com ele” (P 2).

“Sim, há regiões que são vinculadas a SMS de Cruz Alta e oferecem leitos psiquiátricos, hospitais e clínicas de reabilitações, assim como fazendas. Leito é liberado pela 9ª CRS, entrada pelo CAPS AD. Primeiramente, faria o acolhimento do usuário de crack para saber a demanda e qual o comprometimento do mesmo para o tratamento” (P 3).

“Sim, hospitais gerais, hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas. Realizar acolhimento para verificar a demanda, construir plano terapêutico e realizar encaminhamentos necessários” (P 4).

No quadro 2, podemos visualizar, conforme a visão dos entrevistados, quais são os profissionais envolvidos na referência e contrarreferência em saúde mental, o que demonstra um descompasso na forma de pensar saúde mental e provavelmente de referenciar os pacientes. Demonstram não haver unanimidade e regras claras para que esse serviço se concretize, demonstrando falta de efetividade nos serviços de saúde mental.

Quadro 2 – Profissionais e Instituições envolvidas nos serviços de referência e contrarreferência em saúde mental

	Enfermeiros	ACS	Profissionais CAPS AD
Profissionais envolvidos	ACS Assistente social Enfermeiros Médicos Psicólogos Psiquiatras Técnico de Enfermagem	ACS Assistente social Enfermeiros Equipe do CAPS Equipe da Rede Intersetorial Equipe multidisciplinar das ESF Psicólogos Psiquiatras Técnico de Enfermagem	Assistente social Enfermeiros Psicólogos Psiquiatra Recepcionista Técnico de enfermagem Médicos
Intersetorialidade	Existe= 100% Não existe = 0,00%	Existe= 46,15% Não existe = 53,85%	Existe= 75,0% Não existe = 25,0%
Instituições envolvidas	CAPS AD Clínicas CRAS ESF Hospitais de Referência	CAPS AD Conselho Tutelar Poder Judiciário Comunidades Terapêuticas CRAS ESF Hospitais de Referência ONG SMDS SMS	9ª CRS CAPS AD Comunidades Terapêuticas Hospitais de Referência Rede de Atenção Básica SMS

As evidências que indicaram os profissionais e as instituições envolvidas aparecem nas falas dos enfermeiros, ACS e Profissionais do CAPS AD:

“Médico, enfermeiro e assistente social” (E1).

“Enfermeiros, técnicos, psicólogos, psiquiatras e médicos” (E2).

“Médico enfermeiro, técnico, ACS, e CRAS” (E3).

“Secretaria da saúde; assistência social, conselho tutelar; poder judiciário; ONG; Amor exigente e outra” (ACS 1).

“Equipe multidisciplinar, ACS, enfermeiro, médico, assistência social...” (ACS 4).

“Equipe do ESF; Equipe do CAPS e a Rede Intersetorial” (ACS 5).

“Médicos, psicólogos e dependendo da situação uma psiquiatra” (ACS 8)

“Psiquiatra. Entrevista e encaminhamento ao AJEM, mas é muito pouco tempo. Assistência Social, psicólogo” (ACS 9)

“Todos os funcionários, médicos, enfermeiros, ACS e técnicos” (ACS 10).

“Psicólogos, assistente social, técnico em enfermagem e médicos” (P 1).

“Recepção, psicólogos, assistente social, psiquiatra, técnico em enfermagem e enfermeiro” (P3).

Conforme a Série Textos Básicos de Saúde (BRASIL, 2006a, p. 9), a atual legislação brasileira ampliou a definição de saúde, considerando-a resultado de vários fatores determinantes e condicionantes como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e a serviços essenciais. Por isso mesmo, as gestões municipais do SUS – em articulação com as demais esferas de governo – devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, como meio ambiente, educação, urbanismo etc., que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para a população.

Em um estudo de Silva e Rodrigues (2010) a intersectorialidade em saúde é compreendida como uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só. O mesmo estudo referencia ainda que tais articulações e arranjos podem ocorrer através da construção de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais como: educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros.

Sobre a intersectorialidade na atenção em saúde mental, observa-se que para os enfermeiros ela existe basicamente entre SMS por meio da ESF e CAPS AD e eventuais Hospitais de Referência para internação visando à desintoxicação do usuário de *crack*. Essas evidências se comprovam em suas falas:

“ESF, identificando e CAPS acolhendo e direcionando” (E2),

“Sim. Referências e contrarreferências: ESF, CAPS AD, convênio com o município (Clínicas, leitos psiquiátricos)” (E3).

“O contato de um profissional da ESF com o CAPS AD” (E4).

Para seis (06 = 46,15%) dos ACS a intersectorialidade existe e suas respostas são as mais coerentes com a Rede de Atenção em Saúde Mental preconizada pelo SUS:

“Sim, existe encaminhamento havendo o fluxo: e todos são atendidos na medida do possível; o que dificulta é o tempo de espera e vagas” (ACS 1).

“Existe ESF, CRAS, CAPS, Clínicas de internações” (ACS 2).

“Sim, existe o encaminhamento: saúde, assistente social, a rede, o conselho tutelar e o poder judiciário” (ACS 3).

“Existe. ESF, CRAS, CAPS, Clínicas de internação...” (ACS 4).

“Sim, existe o encaminhamento: Secretaria de saúde, assistente social, conselho tutelar, poder judiciário, ONG Amor exigente e outras” (ACS 5).

“Sim, o encaminhamento através de referência e contrarreferência. Saúde, conselho tutelar, poder judiciário, ONGs e outras” (ACS 6).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) na Portaria nº 4.279, de 30/12/2010. Em 1920, a origem do conceito de Redes de Atenção à Saúde surge na Inglaterra. Desde essa data tanto o conceito como os exemplos de implantação têm evoluído no mundo. No Brasil, algumas experiências em estados brasileiros tem tido êxito e demonstram que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é eficaz.

Mielke e Olschowsky (2010) ao citarem Souza (1999) revelam um aspecto relevante e que altera a tradicional noção de referência e contrarreferência vigente nos serviços de saúde é que, quando o usuário utiliza um serviço de apoio matricial, ele não deixará de ser usuário de sua equipe de referência, ou seja, a responsabilidade principal, mas não única, pela condução do caso continua a ser da equipe de referência; não há encaminhamentos, mas projetos terapêuticos a serem executados conjuntamente.

Destaca-se nas falas dos ACS que os mesmos desconhecem intersetorialidade e a efetividade da própria Rede, referência e contrarreferência, e que fazendo parte da Rede, estão deixando de serem sujeitos de acolhimento e participantes da elaboração e continuidade do Plano Terapêutico do Dependente Químico. Cabe ressaltar que três Agentes Comunitários de Saúde não souberam responder.

“CAPS AD. Entrevista, acompanhamento” (ACS 7).

“CAPS AD – Entrevistas, acompanhamento, AGEM, para recuperação” (ACS 8).

“CAPS AD” (ACS 9).

“O CAPS oferece atendimento à população, realiza o acompanhamento clínico e reinserção social” (ACS 12).

Para os profissionais do CAPS AD entrevistados três (03=75%) deles percebem que há intersectorialidade, enquanto um(01= 25%) acredita não haver, conforme suas falas:

“Não percebo um trabalho intersectorial, e sim um trabalho excludente com relação aos usuários do CAPS AD. A única prioridade é a internação para o dito trabalho intersectorial” (P 1).

“Sim. Atendimento terapêutico, grupoterapia e atendimento médico. O profissional que faz o acolhimento, faz os encaminhamentos” (P 2).

“Sim, há comunicação entre a rede para que haja efetividade, sucesso no tratamento. O técnico profissional encaminha um boletim de referência para internação que é levado ao CAPS AD. A vaga é solicitada para a 9ª CRS “ (P 3).

“Apenas com os hospitais para internação, funciona através da referência e contrarreferência com a 9ª CRS “ (P 4).

Mielke e Olschowsky (2010) relatam que a proposta de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica foi discutida, em âmbito nacional, no ano de 2001, na Oficina de Trabalho para a Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Como eixo organizador dessa inclusão, o Ministério da Saúde incorporou o conceito de apoio matricial, que foi desenvolvido na perspectiva da mudança de modelos assistenciais em saúde. Tal conceito pauta-se no vínculo terapêutico e é entendido como um arranjo organizacional para desenvolver o trabalho em saúde. Desse modo, o apoio matricial vai valorizar a prática terapêutica no âmbito do território, enfatizando a singularidade do sujeito sem fragmentar o cuidado, considerando ainda as dimensões familiares, socioculturais, econômicas e biopsicossociais que envolvem o cotidiano das ações para a promoção da saúde mental.

6.3 Os aspectos de acolhimento aos usuários de crack e seus familiares que a área da saúde mental pública de Cruz Alta- RS oferece aos que buscam os processos de desintoxicação e/ou reabilitação

Para Garuzi *et al* (2014) o acolhimento é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Definido em documentos oficiais como a recepção do usuário no serviço de saúde, compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua

queixa e angústias, a inserção de limites se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado, quando necessário.

Foi perguntado aos três grupos de entrevistados nessa pesquisa sobre suas percepções do que é acolhimento e suas respostas demonstram uma visão bastante simplista.

Questionou-se os enfermeiros sobre o que é acolhimento para eles, e suas respostas foram assim descritas:

“Receber os pacientes tentando solucionar os seus problemas e dúvidas” (E1).

“Verificar a real situação trazida pela pessoa, para ser atendida de modo a ser feita a acolhida” (E2).

“Acolhimento, no meu ponto de vista, é dar resolutividade, respostas para o paciente que procura o atendimento” (E3).

“Acolhimento é o serviço de acolher ou dar o primeiro atendimento ao paciente e direcionar ou resolver os seus problemas (E4).

Para os profissionais ACS foi feito o mesmo questionamento. Sua compreensão sobre o que é acolhimento e suas respostas demonstram que passaram por formação sobre acolhimento ao paciente que este tem o objetivo principal de realizar busca:

“É qualquer profissional que... é o modo de receber o paciente com respeito, escutando – o e vendo suas necessidades e ajudando” (ACS 1).

“Tratar o usuário com carinho, respeito, informações clínicas corretas, atenção principalmente” (ACS 2).

“Receber o usuário com educação e ouvir sem olhar de preconceito ao paciente” (ACS 3).

“Tratar o usuário com carinho, respeito, informações corretas, atenção principalmente” (ACS 4).

“É o modo de receber o paciente; com respeito; escutando – o e vendo suas necessidades e ajudando – o.” (ACS 5).

“Respeito, olhar o usuário como ser humano, sem pré-julgamento, para se ter uma escuta sensível ao mesmo” (ACS 6).

“Acolhimento é receber bem, ouvir, orientar, e fazer o encaminhamento para ESF, médico,...” (ACS 7).

“É conversar com a pessoa, obter informações e encaminhá-la para o setor certo” (ACS 8).

“Ouvir, obter o máximo de informações e encaminhá-la para o setor” (ACS 9).

“Acolhimento é o ato de acolher, é a porta de entrada para a rede” (ACS10).

“Quando chega o paciente; ele é acolhido. Passa também por psicólogos e sente-se à vontade até mesmo para falar” (ACS 11).

“Para que o paciente se cuide é necessário uma casa onde os pacientes sejam bem recebidos” (ACS 12).

Os ACS 13 e 14 não responderam esta pergunta.

Realizou-se o mesmo questionamento aos profissionais do CAPS AD, e obteve-se as seguintes respostas:

“O acolhimento é receber o paciente de forma respeitosa e comprometida. É fazer uma escuta qualificada, usando de sensibilidade para atendimento ao usuário” (P 1).

“É a escuta de como está a situação de vida do paciente, saber qual o tratamento que ele quer receber” (P 2).

“Escuta qualificada do sujeito, desde a primeira queixa trazida até sintomas de fato” (P 3).

“O usuário assim que chega ao serviço deve ser ouvido em sua demanda” (P 4).

O SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição Cidadã, de considerar a saúde como um “Direito de Cidadania e um Dever do Estado”.

Conforme Oliveira et al. (2008 *apud* VIEIRA et al, 2015) a concepção do SUS é norteada por algumas doutrinas, quais sejam: a universalidade, a equidade e a integralidade das ações de saúde. A universalidade implica direito ao atendimento; a equidade parte da premissa de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades; a integralidade implica que todas as ações de promoção, proteção e de recuperação da saúde formem um todo indivisível, que não pode ser compartimentalizado.

É um sistema de saúde capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços para garantir a saúde e o bem-estar da população de forma equitativa e integral. Com projetos estratégicos que dizem respeito a diretrizes políticas, organizativas e operacionais que apontam como deve vir a ser construído o sistema. Tais princípios são a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação Social.

Perguntou-se aos profissionais enfermeiros, ACS e do CAPS AD, se os mesmos visualizavam esses mesmos princípios no atendimento aos usuários de *crack*, suas respostas são demonstradas na tabela 4.

Tabela 4- Princípios do SUS e seus Profissionais

Princípios do SUS	Enfermeiros		ACS		Profissionais CAPS AD	
	f	%	F	%	f	%
Atendidos	2	50%	5	38,45%	1	25%
Não atendidos	2	50%	4	30,75%	3	75%
Não Sabe	-	0,00%	2	15,40%	-	-
Não respondeu	-	-	2	15,40%	-	-
Total	4	100%	13	100%	4	100%

Para os **enfermeiros**, fez-se a seguinte pergunta: *Para você, os princípios do SUS (Integralidade, Equidade e Universalidade) estão sendo seguidos quando se trata de atendimento aos usuários de crack (saúde mental)? Por quê?*. Suas respostas foram:

“Não” (E1).

“Sim, quando se deixam atender” (E2).

“Não posso responder, pois até hoje não encaminhei paciente de crack para tratamento específico” (E3).

As suas falas demonstram que 50% dos enfermeiros acreditam que sim, são atendidos, e os outros 50% acreditam que não, demonstrando ambiguidade nas respostas, e muito provavelmente desconhecimento do assunto, pois para um deles “ser atendido” é seguir os princípios, como demonstra sua fala: “Sim, pois todos os usuários são atendidos” (E4).

Para os ACS, também se fez a mesma pergunta sobre os princípios do SUS. Para esses profissionais, apenas 38,45% relatam conhecer esses princípios, os demais desconhecem o assunto ou acreditam que não são atendidos. As suas respostas demonstram ainda que eles acham que é o CAPS e os hospitais que realizam atendimento que devem responder essas questões, pois eles não atendem diretamente esses usuários.

“O trabalho que é desenvolvido sobre crack é o CAPS que acolhe os usuários, mas nós não temos muito conhecimento sobre o trabalho realizado” (ACS 1).

“Sim, o atendimento é para todos” (ACS 3).

“Sim, porque os pacientes são tratados de maneira igualitária” (ACS 4).

“Sim, porque está havendo o fluxo; e todos são atendidos na medida do possível. O que dificulta é o tempo de espera e vagas” (ACS 5).

“Sim, porque são atendidos de maneira igualitária, sem discriminação” (ACS 6).

“Não, precisaria ter em todas as cidades o atendimento em hospitais (internação)” (ACS 7).

“Não, teria que ser ampliado o atendimento, para evitar recaídas, internam, quando saem retornam ao vício” (ACS 8).

“Não” (ACS 9).

“Não sei” (ACS 11).

“Não, tem muitas famílias que não querem ajuda em tratamento nos CAPS” (ACS 12).

Ainda se fez a mesma pergunta para os profissionais do CAPS AD. Suas falas:

“Não. Há muito preconceito em relação ao atendimento dos usuários de drogas” (P1).

“Não, porque os pacientes quando recebem todo o apoio dos profissionais do CAPS AD, ficam em abstinência por um longo tempo e querem retomar sua vida, mas acabam sendo excluídos pela sociedade” (P 2).

“Sim, porque há resolutividade, pelo menos até onde depende da técnica e dos profissionais” (P 3).

“De forma alguma. Usuários abusivos de drogas não são respeitados no que diz respeito aos princípios do SUS” (P4).

Como se observa na fala dos profissionais do CAPS AD, apenas um (01 = 25%) acredita que esses princípios são efetivos nos atendimentos de usuários de *crack*. Portanto, essas respostas evidenciam que, para a maioria dos profissionais, é muito difícil responder e definir se esses princípios estão sendo atendidos ou não. Isso pode demonstrar desconhecimento do que sejam os princípios do SUS, ou uma maneira de não desqualificar o seu próprio trabalho.

A respeito do assunto acolhimento para Garuzi *et al.* (2014) citando Teixeira (2003), Rossi e Lima (2005), Coelho e Jorge (2009) e Oliveira *et al.* (2010) descrevem sobre uma perspectiva do acolhimento, eminentemente comunicacional, que considera a rede technoassistencial de um serviço como uma verdadeira rede de conversação, onde cada nó (encontro com o usuário) envolve várias técnicas específicas (inclusive as de conversa), e concebe o acolhimento como dispositivo que promove a articulação das diferentes atividades (diferentes conversas) num espaço coletivo de conversações. Desse modo, o acolhimento não se faz apenas na porta de entrada das unidades de saúde, mas está presente em todo o percurso. Portanto, pode ser utilizado como ferramenta para a implantação de novas práticas em saúde, com base na problematização e reorganização dos processos de trabalho. Sua função é atender a demanda diária da unidade de saúde, fazendo com que os usuários tenham resolutividade dos problemas menos complexos ou encaminhamento para outros serviços, quando necessário, por meio da equipe multiprofissional. Por fim, o acolhimento pode ser

entendido como tecnologia relacional capaz de desenvolver e fortalecer afetos, potencializando o processo terapêutico entre a população, os profissionais e os gestores do sistema de saúde.

Para identificar, junto aos profissionais entrevistados, seus conhecimentos sobre acolhimento, foi realizada a seguinte pergunta: *Como você entende que deve ser realizado o acolhimento para o usuário de crack, que procura ou é encaminhado para a ESF?*

Nas falas dos enfermeiros o acolhimento é apenas uma escuta para um posterior encaminhamento, sem haver responsabilização com o que vai ocorrer depois, com os vínculos que se estabeleceram, e sem haver sua participação na elaboração e objetivação do plano terapêutico. Apenas um dos profissionais refere se a um “plano de ação” como a um tratamento, onde se busca a “cura”.

“Através da escuta e interesse do usuário” (E1).

“Com pessoas capacitadas, com carinho, de forma que possa se sentir acolhido e valorizado, por ser, ser humano” (E2).

“O usuário e a família devem ser acolhidos, ouvidos para que possam descrever suas angústias, para que possa ser articulado um plano de ação (tratamento)” (E3).

“Deve ser realizado em consulta e com profissional habilitado e com condições de direcionar o atendimento” (E4).

Já para os ACS foi feita a seguinte pergunta, com o mesmo intuito: *Quando você toma conhecimento de uma situação de usuário de drogas você toma a iniciativa de encaminhar para tratamento? Para onde você encaminha?*

“Sim, encaminho ao ESF para após ser encaminhado ao CAPS” (ACS 1).

“Sim, é o primeiro contato com o paciente da sua área” (ACS 3).

“Sim. Encaminho ao ESF” (ACS 4).

“Sim, encaminho ao ESF para, após, ser encaminhado ao CAPS” (ACS 5).

“Orientamos a passar no ESF para ser encaminhado, mas não querem se expor” (ACS 7).

“Oriento a família, quando solicitado, pois geralmente as pessoas não querem se expor” (ACS 8).

“Oriento procurar o ESF e conversar com a enfermeira que vai solicitar o encaminhamento” (ACS 9).

“Sim, encaminho para a ESF, ou diretamente para o CAPS AD” (ACS 10).

“Sim, primeiro para o ESF. Converso com a família que, às vezes, rejeita o fato. Através do ESF são feitos os procedimentos necessários” (ACS 11).

“Sim, CAPS AD” (ACS 12).

“CAPS AD e hospitalização” (ACS 13).

Na fala dos ACS, o encaminhamento ao CAPS AD e à ESF também são suas opções, não havendo falas sobre plano terapêutico para o usuário ou para sua família. Falam em hospitalização, ainda centrado no modelo hospitalocêntrico que busca uma “cura”. Em nenhum momento falam em acolhimento ou em redução de danos, pois praticamente todos falam em encaminhar para a ESF e/ou para o CAPS.

Já para os profissionais do CAPS AD, foi realizada a seguinte pergunta sobre a ESF: *Como você entende que deve ser realizado o acolhimento para o usuário de crack e família que procura ou é encaminhado para a ESF?*

“Acredito que o acolhimento na ESF deve se dar de forma humanizada como acontece no CAPS AD” (P 1).

“O acolhimento deve ser igual para todos. Não deve ser diferente para os usuários de crack. Eles devem ser tratados nas ESF’s como pessoas doentes e não como um problema. E a família também deve ser atendida, porque adoce também” (P2).

“O usuário de crack deve ser atendido no sistema como qualquer outro usuário do SUS” (P 3).

“Deve ser realizada a escuta da demanda do usuário e sua família e depois os encaminhamentos” (P 4).

Suas falas demonstram que, para eles, os usuários de crack devem ser tratados da mesma forma que os outros usuários do sistema e de forma humanizada, realizando a escuta da família e do usuário para posterior encaminhamento, porém nenhum relata que o atendimento pode ser feito na própria ESF.

Visando saber como os profissionais realizam o acolhimento para a família dos usuários de crack, fez-se a seguinte pergunta para os enfermeiros: *Como você entende que deve ser realizado o acolhimento para a família do usuário de crack, que procura ou é encaminhada para a ESF?*

“De forma humanizada” (E2).

“Da mesma forma que para o usuário” (E4).

Metade dos enfermeiros não respondeu essa pergunta, talvez porque para eles não haja uma preocupação com as famílias ou porque não sabem como acolhê-las. Os outros defendem que todos devam ser atendidos da mesma forma que os usuários e de forma humanizada.

Fez-se a mesma pergunta aos ACS sobre o acolhimento à família do usuário de crack: *Como você entende que deve ser realizado o acolhimento para a família do usuário de*

crack? Para os ACS, os familiares devem ser acolhidos e acompanhados por profissionais psicólogos e /ou psiquiatras, pois também estão doentes, conforme demonstrado em suas falas.

“A família deve ser acolhida e receber atendimento psicológico, para lidar com a situação” (ACS 1).

“Atendimento psicológico, para lidar com a situação” (ACS 2).

“Família tem que ser acolhida com atendimento psicológico” (ACS 3).

“Atendimento psicológico, para saber como lidar com a situação” (ACS 4).

“A família deve ser acolhida com atendimento psicológico, para lidar com a situação” (ACS 5).

“Com atendimento psicológico, para saber como lidar com a situação” (ACS 6),

“É realizado, em primeiro lugar, o acolhimento pelo ACS e após o acolhimento no ESF ou no CAPS AD” (ACS7).

“Ter uma equipe com médico- psicólogo-psiquiatra, pois é um sofrimento para o familiar. Adoecem juntos” (ACS 8).

“Deve ser acompanhado com médico e psicólogo” (ACS 9).

“Acredito que a família deve ter um acompanhamento psicológico, para melhor enfrentar o problema” (ACS 10).

“Com diálogo – explicando como eles devem agir” (ACS 11).

“A família é fundamental para o tratamento da dependência química, é o elo que une os membros” (ACS 12).

Já, para os profissionais do CAPS AD perguntou-se: *Como você entende que deve ser realizado o acolhimento para o usuário de crack e família que procura ou é encaminhada para o CAPS AD?* Verificou-se, em suas respostas, que os mesmos acreditam que o acolhimento deve ser o mesmo que para qualquer paciente que procurar a unidade ESF, ou CAPS AD, e que os mesmos devem ser tratados de forma humanizada, não como um problema, conforme relatado em suas falas:

“Acredito que o acolhimento na ESF deve se dar de forma humanizada como acontece no CAPS AD” (P 1).

“O acolhimento deve ser igual para todos, não deve ser diferente para os usuários de crack. Eles devem ser tratados nas ESF’s como pessoas doentes e não como um problema. E a família também deve ser atendida, porque adoece também” (P2).

“O usuário de crack deve ser atendido no sistema como qualquer outro usuário do SUS” (P 3).

“Deve ser realizada a escuta da demanda do usuário e sua família para depois fazer os encaminhamentos” (P 4).

Vidal (2017) citando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2012), descreve as funções dos ACS:

[...] algumas das atribuições do ACS são: trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar as famílias quanto aos serviços de saúde disponíveis; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas suas famílias e indivíduos sob sua responsabilidade.

Ainda em relação ao acolhimento questionou-se aos ACS se esse encaminhamento é uma atribuição do ACS e por quê. Todos, em suas falas, concordaram que essa é uma atribuição inerente à sua função, conforme fica comprovado em suas falas:

“Sim, pode ser; com pacientes da nossa área, mas com o apoio da rede” (ACS 1).

“Sim, porque o ACS é o primeiro contato com o paciente de sua área” (ACS 2).

“Sim, porque o ACS é o primeiro a encaminhar” (ACS 3).

“Sim, porque o ACS é o primeiro contato com o paciente de sua área” (ACS 4).

“Sim, pode ser; com pacientes da nossa área, mas com o apoio da rede” (ACS 5).

“Sim. Porque o primeiro contato é conosco” (ACS 6).

“Sim, porque somos nós que estamos em primeiro lugar com o caso (paciente usuário)” (ACS 7).

“Sim, porque temos que estar atentos a todos os problemas na família, inclusive para prevenir” (ACS 8).

“Sim, porque geralmente não querem uma exposição a mais” (ACS 9).

“Sim, pois muitas vezes o paciente está fragilizado, sozinho, sem o apoio da família” (ACS 10).

“Acho que sim. Pois somos nós que visitamos as famílias e temos acesso a essas informações; mesmo não sendo pela família, e sim por vizinhos” (ACS 11).

“Sim, porque estamos nas casas e sabemos o que o usuário necessita” (ACS 12).

Para saber em que momento deve ocorrer o acolhimento, perguntou-se aos profissionais em que momento o acolhimento ao usuário deve ocorrer (no atendimento primário, secundário ou terciário) e suas respostas estão demonstradas na tabela 5:

Tabela 05- Momento em que deve ocorrer o acolhimento ao usuário

Acolhimento	Enfermeiros		ACS		Profissionais CAPS AD	
	f	%	F	%	f	%
Atendimento Primário	2	50%	9	69,20%	-	0,00%
Secundário	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Terciário	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
	2	50%	1	7,70%	3	75%
Em todos os momentos			3	23,10%	1	25%
Não responderam						
Total	4	100%	13	100%	4	100%

Para os três segmentos de profissionais entrevistados não existe unanimidade nas respostas. Isso demonstra que não existe comunicação entre os três serviços e tampouco trabalho em rede conforme preconizado pelo SUS. Cada categoria de trabalho tem sua forma de pensar o acolhimento, como fica demonstrado em suas respostas:

Para os enfermeiros:

“Primário, quando a família e o usuário procuram a unidade” (E1).

“Em todos” (E2).

“Em todos os processos, para direcionar a melhor forma de como atender as necessidades dos usuários e família” (E3).

“Deve ser feita na atenção primária, pois cabe a ela esta função” (E4).

Para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS):

“No primeiro, deve ser feita a escuta e o acolhimento” (ACS 1).

“No primário, porque o profissional que primeiro ouvir o paciente que deseja tratamento deverá encaminhá-lo” (ACS 2).

“No primário, a primeira escuta ao paciente” (ACS 3).

“No primário, porque o profissional que primeiro ouvir o paciente que deseja tratamento deverá encaminhá-lo” (ACS 4).

“No primário, deve ser feita a escuta e o acolhimento” (ACS 5).

“No primário, a primeira escuta ao paciente” (ACS 6).

“Primário, para tentar não ficar sequelas” (ACS 7).

“Primário, cortar o mal pela raiz – quanto antes melhor” (ACS 8).

“Psicólogo, médico, psiquiatra” (ACS 9).

“O acolhimento deve ser a parte inicial do atendimento para que o paciente e sua família sintam-se seguros para enfrentar o tratamento” (ACS 10).

ACS 11, 13 e 14 não responderam esta pergunta.

“Acho que, quando ele precisar, a qualquer momento” (ACS 12).

Para os profissionais do CAPS AD:

“O acolhimento deve ser contínuo” (P 1).

“Não entendi” (P 2).

“Deve ser feito no momento que houver desejo por parte do paciente em se tratar” (P 3).

“Em todos os momentos e deve ter contato entre os serviços para que o usuário não tenha que repetir a demanda” (P 4).

6.4 Profissionais que participam dos processos de acolhimento dos usuários de crack e seus familiares

Na continuidade da pesquisa, perguntou-se quais profissionais deveriam estar envolvidos no acolhimento do usuário de *crack* e sua família na Atenção Básica, CAPS AD e hospitalização. Para os enfermeiros, suas respostas demonstram que quem deve estar envolvido no acolhimento são os ACS, o próprio enfermeiro e o médico. Essas evidências estão demonstradas em suas falas: *“ACS, enfermeira e médico” (E1)*; *“As equipes multiprofissionais destas unidades” (E3)*; *“Na atenção básica todos os profissionais da ESF” (E4)*. E apenas para um é incluída a família: *“ACS, equipes de saúde e toda a família” (E2)*.

Já para os ACS, eles consideram que o ACS é o principal elo, posteriormente encaminhado a ESF, CAPS e hospital, sem retorno de nenhuma dessas partes, sem referenciamento, conforme demonstram suas falas:

“ACS, equipe do ESF, equipe do CAPS e hospital, equipe do hospital” (ACS 1).

“Pelo ACS, pelo acolhimento prioritário no ESF quando o paciente procura ajuda” (ACS 2).

“ACS e equipe do ESF, e pela orientação” (ACS 3).

“Pelo ACS, pelo acolhimento prioritário no ESF, quando o paciente procura ajuda” (ACS 4).

“ACS, equipe do ESF, equipe do CAPS e hospital, equipe do hospital” (ACS 5).

“Pelo ACS, pelo acolhimento prioritário no ESF quando o paciente procura ajuda” (ACS 6).

“Médicos, psicólogos e psiquiatra” (ACS 7).

“Médicos, psicólogos e psiquiatra” (ACS 8).

“Médicos, psicólogos e psiquiatra” (ACS 9).

Apenas um ACS demonstra a importância da comunicação, ao mesmo tempo em que afirma que a mesma não existe: *“Na verdade há uma falta de comunicação por parte dos CAPS AD e hospitais com as ESF” (ACS 10).*

Para os profissionais CAPS AD a compreensão é a mesma: falam de seu atendimento, unicamente, até citam a SMS, mas em momento algum “devolvem” o paciente, como se ele fosse do lugar onde está sendo atendido, mas não da comunidade, da família, da ESF, do CAPS, do hospital. Não há diálogo, referenciamento, conforme as evidências:

“Médicos, psicólogos e até mesmo Secretaria de Saúde” (ACS 11).

“Psicólogos, psiquiatra e clínico geral” (ACS 12).

“CAPS AD, o acolhimento é realizado pela assistente social ou técnica de enfermagem, sem agendamento prévio. Caso esses profissionais não estejam no serviço, os psicólogos realizam o acolhimento” (P 1).

“Na atenção básica o acolhimento sempre é feito pelo enfermeiro. No CAP AD é a assistente social, psicólogo e técnico de enfermagem ou enfermeiro, seguindo o mesmo no hospital” (P 2).

“Profissionais de saúde como um todo” (P 3).

“Assistente social, psicólogo, médico, enfermeiro, motorista, técnico de enfermagem, agente de saúde” (P 4).

Em razão dos ACS serem os profissionais da porta de entrada do SUS (rede), questionou-se os enfermeiros pesquisados sobre o papel do ACS nos processos de acolhimento, tratamento e reabilitação dos usuários de Crack. Os profissionais enfermeiros responderam:

“Primordial, pois realiza a capacitação e investigação repassando para a ESF” (E1);

“Identificar a demanda e pedir ajuda” (E2).

“Na ESF não temos usuários de crack que estejam em tratamento” (E3).

“Fazem a busca ativa e direcionam para os profissionais da ESF” (E4).

Para os ACS questionou-se sobre o papel da equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família nos processos de acolhimento, tratamento e reabilitação dos usuários de Crack:

“Papel fundamental; começa por nós; os pacientes são acolhidos primeiro na ESF” (ACS 1).

“Papel fundamental, pois na ESF o usuário receberá a ajuda necessária” (ACS 2).

“Fundamental” (ACS 3).

“Papel fundamental, pois na ESF o usuário receberá ajuda necessária” (ACS 4).

“Papel fundamental; começa por nós; os pacientes são acolhidos primeiro na ESF” (ACS 5).

“Papel fundamental” (ACS 6).

“Acolhimento, encaminhamento e acompanhamento” (ACS 7).

“Encaminhamento” (ACS 8).

“Encaminhar e acompanhar” (ACS 9).

“Acolhimento e acompanhamento” (ACS10).

ACS 11,13 e 14 NÃO RESPONDERAM.

“Atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de crack” (ACS 12).

Visando a uma melhor compreensão sobre a importância do acolhimento na atenção em saúde mental, questionou-se aos profissionais do CAPS AD sobre o papel dos diferentes profissionais que atuam nos processos de acolhimento, tratamento e reabilitação dos usuários de Crack no próprio CAPS AD:

“Cada profissional atua de acordo com sua profissão. Mas nossa equipe é bastante homogênea e todos os casos são discutidos em equipe para que cada um possa dar sua contribuição” (P 1).

“Não entendi! Todos visam pela reabilitação do paciente” (P 2).

“Acolhimento e redução de danos” (P 3).

“Reduzir danos” (P 4).

Conforme um dado relevante do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) mencionado por Figueiredo e Campos (2008), refere que 80% dos usuários que são encaminhados aos serviços que realizam atendimento em saúde mental não apresentam, de imediato, uma demanda que necessite de atenção especializada. Assim, ressaltam a importância de aproximar profissionais que atuam nos serviços específicos de atenção à saúde mental das equipes de Saúde da Família, buscando qualificar esses profissionais para o cuidado em seu sentido mais amplo, considerando as complexidades dos sujeitos e das suas relações sociais.

6.4.1 Os processos de formação permanente de que os profissionais participam.

Questionou-se para os profissionais entrevistados se os mesmos haviam recebido alguma formação específica para realizar atenção em saúde mental, com dependentes químicos, a partir da seguinte pergunta: *Você recebeu alguma formação específica (formação*

continuada/ formação permanente) em saúde mental para atendimento de usuários de drogas? Quando? Como foi? Suas respostas aparecem sintetizadas na tabela 5.

Tabela 6 - Formação continuada em saúde mental dos profissionais que atuam em saúde mental

Formação Continuada/ Permanente em SM	Enfermeiros		ACS		Profissionais CAPS AD	
	f	%	f	%	f	%
Sim	-	0,00%	13	100%	1	25%
Não	4	100%	-	0,00%	3	75%
Total	4	100%	13	100%	4	100%

A tabela 6 demonstra que as equipes não recebem uma formação específica para o atendimento em saúde mental. De forma geral, espera-se que a formação tenha acontecido nas Universidades e cursos que os profissionais frequentaram antes de desenvolver trabalho na Secretaria Municipal de Saúde. Houve uma preocupação em capacitar os ACS que teoricamente não tiveram uma educação formal em saúde mental. Todos os enfermeiros responderam que não receberam. Já os ACS receberam uma formação do Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, o Grupo Hospitalar Conceição e a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), no período de 2013 a 2014. O curso de Formação em Saúde Mental, com ênfase em *crack*, álcool e outras drogas, para ACS e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem em todo o território nacional, chamado **Caminhos do Cuidado**, como escreve Pilar Belmonte (<https://www.caminhosdocuidado.org/>). Esse curso de formação totalizou 290.197 alunos. Seu objetivo principal era contribuir para a formação de ACS e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem da Atenção Básica e ampliar as possibilidades de atuação no acolhimento e escuta, embasando suas práticas de cuidado em saúde mental, com ênfase nos problemas relacionados ao uso de *crack*, álcool e outras drogas. Tinha ainda como objetivos específicos:

- Apropriar-se do processo de reforma psiquiátrica, da política de saúde mental com ênfase na rede de atenção psicossocial com vistas à produção do cuidado, a reintegração social e da cidadania das pessoas usuárias de álcool e outras drogas;
- Discutir e construir o papel do ACS e do Auxiliar/Técnico de Enfermagem da Atenção Básica para o cuidado em saúde mental conforme especificidade de cada território, qualificando o olhar e a escuta para dar visibilidade à questão das drogas;
- Ampliar a caixa de ferramenta do ACS e Auxiliar/Técnico de Enfermagem para o cuidado em saúde mental, atuação na rede de atenção e na construção de territórios de paz (BELMONT, 2014, p. 5).

Dos ACS pesquisados, 08 citaram especificamente ter realizado esse curso de formação **Caminhos do Cuidado** e os demais relatam terem participado de “palestras” sobre o assunto, o que demonstra que o Ministério da Saúde teve uma preocupação em empoderar essa categoria que não possui educação formal em saúde, para atuarem especificamente com *usuários de crack e outras drogas*. Esse fato fica demonstrado nas evidências a seguir:

“Sim, Caminhos do Cuidado e outras” (ACS 1,5 e 12).

“Sim, em 2014, curso Caminho do Cuidado, foi muito positivo e satisfatório” (ACS 2,4,6).

“Sim, Caminhos do Cuidado” (ACS 3).

“Sim, praticamente quase todos os anos, foi bem proveitoso, aprendemos muito” (ACS 7).

“Sim, durante o ano tivemos varias capacitações com profissionais” (ACS 8).

“Sim, em capacitações mensais com profissionais” (ACS 9).

“Sim, ‘Caminhos do Cuidado’ em 2013” (ACS 10).

“Já tivemos palestras sobre o assunto” (ACS 11).

Especificamente, os profissionais do CAPS AD também foram questionados sobre formação específica e suas respostas demonstraram um descuido da gestão pública em não investir ou exigir capacitação específica para esse grupo que trabalha no serviço especializado de saúde mental e que é a referência para os demais serviços e profissionais da SMS. Suas falas demonstram suas inseguranças e a forma empírica que construíram o seu saber profissional:

“Não recebi nenhuma formação e nem a equipe. Fomos construindo nosso saber através da leitura, discussão com outros profissionais e por meio da nossa prática e troca de experiências, e também com os usuários” (P 1).

“Teoricamente não, tudo foi se aperfeiçoando na prática” (P 2).

“Sim, no decorrer dos 3 anos, cursos de urgência e emergência por capacitações (EAD) e também participação em congressos, capacitação do tratamento de tabagismo (POA)” (P 3).

“Nunca recebemos formação para trabalhar com AD (Álcool e Drogas)” (P 4).

Um dos fatos relatados pelos profissionais que atuam no CAPS AD, é que de forma geral há uma alta rotatividade de profissionais que “passam” pelo serviço e que não ficam, especialmente enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos generalistas, pois se sentem despreparados para trabalhar em saúde mental. Quando são destinados ao serviço de saúde

mental, de forma geral, é como se estivessem sendo “punidos”, pois se sentem impotentes para trabalhar. Esse assunto é abordado no Caderno de Saúde Mental (BRASIL, 2013, p. 25) que demonstra alguns dos medos revelados pelos profissionais de saúde sobre o manejo das demandas de saúde mental. São justificados por haver uma expectativa de cura. Os profissionais alegam não saber o que falar ou perguntar, tem receios de piorar o quadro dos pacientes de saúde mental, ou entendem que esse campo do saber não lhes é acessível.

Isso fica evidenciado na fala dos enfermeiros que conforme relatam, sentem-se despreparados para atender a demanda de saúde mental e, na maioria das vezes procura encaminhar este paciente, perdendo a oportunidade de criar vínculos com os usuários. Os enfermeiros ao serem perguntados: *Você se sente preparado para esse tipo de atendimento? Por quê?*

“Não, pois não recebi capacitação” (E1).

“Não” (E2).

“Preparada sim, mas qualificada não” (E3).

“Parcialmente” (E4).

Para os ACS, quando se faz a mesma pergunta percebe-se que eles se sentem mais a vontade para falar sobre “escuta” e “encaminhamento”, porém sem responsabilização, como se de fato não necessitassem se comprometer, para isso acham que os cursos que participaram foram insuficientes, conforme suas respostas:

“Sim, porque temos vivências e liberdade de conversar com nossos pacientes” (ACS1,2,3,4, 5 e 6).

“Não, pois eu nestes 8 anos, tive 1 caso só que pude acompanhar de perto” (ACS 7).

“Não, teriam que ser mais aprofundados nossos conhecimentos” (ACS 8).

“Não, teríamos que obter mais informações” (ACS 9).

“Sim, mas gostaria que fossem ofertadas mais capacitações como forma de reciclagem” (ACS 10).

“É uma situação difícil, pois não é fácil trabalhar com esta situação; as famílias escondem esse problema” (ACS 11).

“Não, mas tento sempre ajudar estas pessoas” (ACS 12).

Os Profissionais CAPS AD, quando questionados sobre o mesmo assunto, demonstram também dificuldades para realizarem essas abordagens, mesmo sendo o serviço de referência e especializado oferecido. De certa forma demonstram que suas ações ainda são imaturas e infrutíferas, pois não conseguem acolher a demanda, sensibilizar as famílias para as mudanças de SM, e nem mesmo dar conforto aos usuários que têm recaídas, não praticam

redução de danos nem preparam as comunidades para receber seus moradores dependentes químicos. Ainda há uma mentalidade de que a internação irá “curar” e suas falas são de frustrações:

“Eu me sinto preparada. Entretanto, em algumas situações surgem dúvidas, angústias e certa insegurança, surgem. Ainda mais quando se percebe que não há comprometimento dos gestores” (P 1).

“Sim, por estar há seis anos no mesmo serviço” (P 2).

“Com o apoio da equipe há possibilidade de construir um trabalho integrado” (P 3).

“A experiência nos prepara, mas há necessidade de qualificação” (P 4)

Para Marlatt e Witkiewitz, (2010) citado em Ribeiro *et al.*(2015) as abordagens tradicionais aos usuários de drogas estão direcionadas à abstinência como primeiro passo para o tratamento. A Redução de Danos (RD) abre espaço para alternativas diante do uso de drogas, ao propor estratégias de abordagem para além da abstinência. Por analogia, se o uso de drogas fosse comparado ao semáforo, os usuários, ao se aproximarem de um cruzamento, teriam as seguintes opções diante das cores do sinal: vermelho – pare de usar (abstinência); verde – continue usando; amarelo – atenção (diminua a velocidade, tome cuidado e perceba o potencial de danos associados às drogas). A RD se encaixa no significado do amarelo, uma leitura intermediária entre extremos, que pode sensibilizar muitos usuários que não querem ou não podem parar completamente o uso.

Conforme Passos e Souza (2011) a Redução de Danos (RD) foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil, no município de Santos-SP, no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis. Os autores citam ainda Mesquita (1998) que relata que inicialmente a RD foi usada como uma estratégia de prevenção ao HIV entre usuários de drogas injetáveis – Programa de Troca de Seringas (PTSs) – a Redução de Danos foi ao longo dos anos se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas. A RD busca uma situação intermediária, onde não se tem a abstinência, mas se consegue reduzir a quantidade de drogas utilizadas e/ou troca por drogas menos danosas, buscando diminuir os riscos de overdose e dos malefícios causados à saúde, especialmente por doenças transmissíveis como o HIV e a Hepatite. Muitos profissionais não acreditam na RD, apenas em abstinência.

Para Campos (2010) a adoção de práticas de RD, diante das crescentes contradições sociais e de saúde que envolve o complexo sistema das drogas, colocou para a arena das discussões acadêmicas e dos serviços o tema da ética, dos direitos humanos, do engodo proibicionista, entre outros. A RD foi se constituindo então como um “movimento” político, que procura dar respostas a essas contradições. Dessa forma, a RD se ampliou e tornou-se objeto de vários campos do saber e acionou um debate mais acalorado na sociedade sobre os modos como as questões relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas deveriam ser encaminhadas. Nota-se que, além da saúde pública/epidemiologia e da psiquiatria, outras áreas do saber têm tomado a RD como objeto, como é o caso da psicologia, da saúde coletiva, das ciências sociais, da antropologia, do serviço social e da criminologia crítica, o que tem servido de base para ampliar seu alcance e fomentar o debate sobre as questões que envolvem o complexo sistema das substâncias psicoativas.

Para Sodelli (2010, p.642) o primeiro ponto a esclarecer é referente ao entendimento da abordagem de redução de danos como prevenção primária. Sabe-se que a prevenção pode ser dividida em três modos de intervenção:

A prevenção primária refere-se ao trabalho que é feito com pessoas (alunos) que ainda não experimentaram, ou que estão na idade em que possivelmente pode se iniciar o uso de uma droga lícita ou ilícita;

A prevenção secundária tem como objetivo atingir as pessoas que já experimentaram ou que fazem um uso ocasional de drogas, com intuito de evitar que este padrão de uso se torne problemático ou abusivo (uso habitual);

A prevenção terciária corresponde aos usuários que já apresentam problemas (uso problemático, uso habitual) e a intervenção preventiva é feita para que eles não cheguem à dependência.

Nessa perspectiva foi indagado aos profissionais se os mesmos realizam RD como é recomendado pelo SUS. Na tabela 6 há um demonstrativo de suas respostas sobre Redução de Danos (RD):

Tabela 7- Prática da Redução de Danos (RD)

Prática RD (Redução de Danos)	Enfermeiros		ACS		Profissionais CAPS AD	
	f	%	f	%	f	%
SIM	2	50 %	11	84,6 %	2	50 %
NÃO	2	50%	-	-	1	25%
Não Sabe	-	-	-	-	1	25%
Não Respondeu	-	-	02	15,4 %	-	-
Total	4	100%	13	100%	4	100%

Na fala dos enfermeiros, novamente se identifica diversidade de respostas, o que demonstra desconhecimento por parte de alguns e despreparo formal sobre o assunto. Para alguns profissionais a mente ainda deve ser tratada separadamente do biológico. Em função desses conceitos o profissional não se sente preparado para intervir em situações de Saúde Mental. As Universidades ainda separam em sua grade curricular, a atenção à Saúde Mental de forma fragmentada do corpo, dando aos profissionais que não atuam diretamente nessa área a percepção de que não estão aptos a atuarem nesse campo do cuidado.

“Não” (E1).

“Não tive contato ainda” (E2).

“Sim” (E3).

“Sim, tive treinamento em redução de danos” (E4).

A mesma pergunta feita ao ACS demonstra desconhecimento sobre o assunto, pois falam sobre “escuta” que é o acolhimento, mas não sobre Redução de Danos, que é conviver com níveis menores de substâncias, que provoquem menos danos, mas não é a abstinência total. Suas falas nos demonstram claramente esse desconhecimento:

“Sim, praticamos a escuta com os usuários e orientações” (ACS 1).

“Sim, temos o dom da escuta que é muito importante para o usuário” (ACS 2,3,4 e 6).

“Sim, praticamos a escuta com os usuários e orientações” (ACS 5).

“Sim, sabemos o básico” (ACS 12).

Outros quatro responderam que sim, mas não deram demonstração de saberem sobre o assunto. E há ainda dois que não responderam e demonstraram desconhecimento sobre o assunto em questão.

Os profissionais do CAPS AD demonstraram conhecimento sobre o assunto, mas incapacidade de realizá-la, conforme as falas:

“Acredito que nossa equipe busca trabalhar com a redução de danos. Mas ainda estamos longe do que realmente seria e como deveria ser a redução de danos” (P 1).

“Em certas situações sim. Com a família depende muito de como ela está encarando essa situação” (P 2).

Os outros dois profissionais acreditam que o seu trabalho é sim de Redução de Danos.

A Lei nº 10.216, promulgada em 6 de abril de 2001, estabeleceu a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial

em saúde mental. Esses direcionamentos estão em consonância com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Essa legislação indica como proceder com as pessoas que são portadoras de transtornos mentais e regulamenta as internações involuntárias, colocando-as sob a supervisão do Ministério Público que é o órgão do Estado que é guardião dos direitos indisponíveis dos cidadãos brasileiros. A Lei também envolve mudança na Assistência de acordo com pressupostos técnicos e éticos e a convalidação jurídica legal desta nova ordem.

As soluções efetivas para esta área são buscadas pelos três níveis gestores do SUS que são sustentadas com diretrizes da Declaração de Caracas, documento norteador das Políticas de Saúde Mental. Os três níveis gestores do Sistema Único de Saúde buscaram soluções efetivas para esta área, sustentados por movimento social e com diretrizes pactuadas nas conferências nacionais de 1987, 1992, 2001 e 2010 (ALVES,2010, p.1).

Para Cunha (2010) citando Foucault (1974), os hospitais psiquiátricos - ou manicômios – cumpriram a função social de excluir para tratar terapeuticamente e de promover o afastamento de pessoas consideradas perigosas pela sociedade. E esse perigo referia-se muito mais à ordem da razão do que à da periculosidade física. O bordão do “louco perigoso”, contudo, continua ressoando forte até os dias de hoje em nossa sociedade. E, como descreve o mesmo autor foi nesses estabelecimentos que nasceu a psiquiatria como campo da ciência destinado ao tratamento, diagnóstico, classificação e observação de tudo que é considerado estranho ao padrão moral e comportamental da sociedade. Para Amarante (1996, p. 41) “a psiquiatria enquanto ciência determina o que é normal e o que é patológico”.

Cunha (2010, p.33) cita ainda Vasconcelos (2008) para apresentar a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esse autor dividiu-a em três fases:

A primeira, de 1978 a 1992, foi marcada pela mobilização dos movimentos sociais – nascimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental – e severa crítica ao sistema hospitalar manicomial. Neste período ocorrem as primeiras experiências de atendimento em saúde mental centradas numa tecnologia não hospitalar. Além disso, defensores deste modelo ingressam no aparelho do Estado – secretarias de saúde municipais e estaduais.

De 1992 a 2001 configura-se o segundo período, já com Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental deixando de ser um movimento só de trabalhadores e assumindo um caráter mais amplo, de movimento popular, transformando-se em Movimento da Luta Antimanicomial. Neste período, ocorre a difusão dos serviços de atenção psicossocial e as primeiras conquistas no plano normativo, através da criação de diversas leis.

A terceira fase tem início em 2001 e avança até o presente. O ano de 2001 marca a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica – Lei 10.216 de 6/4/2001 –, depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. Apesar de aprovada, a consecução da

Reforma sofre uma série de empecilhos: campo social com problemas sérios, como violência e desemprego, os problemas estruturais do SUS com implicações diretas na saúde mental, divergências entre organizações corporativas, a divisão do Movimento da Luta Antimanicomial e a remobilização de setores interessados em retomar a centralidade do hospital psiquiátrico no atendimento em saúde mental.

Nesse contexto tão importante da reforma psiquiátrica, foi abordado o tema com os profissionais, questionando-os se conheciam a reforma psiquiátrica e suas respostas demonstram que a efetivação dessa reforma ainda não é realidade para os profissionais de saúde do município de Cruz Alta.

Tabela 8 - Conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica

Conhece a Reforma Psiquiátrica?	Enfermeiros		ACS		Profissionais CAPS AD	
	f	%	f	%	f	%
SIM	2	50,0 %	1	7,77%	4	100,0 %
NÃO	2	50,0%	8	61,51%	-	0,0%
Não respondeu	-	0,0%	4	30,72% 4	-	0,0%
TOTAL	4	100,0%	13	100,0%	4	100,0%

As respostas dos enfermeiros são evidências de desconhecimento do assunto por 50% deles. Os ACS, mesmo tendo participado de curso de formação sobre o assunto, ainda demonstram desconhecimento, pois apenas um diz conhecer os principais pontos da reforma psiquiátrica. O conhecimento pleno se evidencia apenas entre os profissionais que atuam no CAPS AD, pois esses Profissionais responderam que conhecem os principais pontos da reforma psiquiátrica:

“Sim” (P 1).

“Humanização – socialização – Programa de volta para casa (P 2).

“Sim, até o momento” (P 3).

“Sim” (P 4).

Ainda falando sobre reforma psiquiátrica, indagamos se ela afetava/afetou seu trabalho. Os mesmos enfermeiros que relataram desconhecer os principais pontos da reforma psiquiátrica, disseram que não afetou em nada. Os enfermeiros, que disseram conhecer a reforma psiquiátrica falaram em **humanização** dos atendimentos:

*“Através de atendimentos **mais humanizados**, pois com a **descentralização e criação dos CAPS**, houve uma melhora considerável ao paciente mental” (E3).*

*“Acredito que a reforma veio direcionar um atendimento **mais humanizado**” (E4).*

Perguntados sobre a mesma questão, os ACS demonstraram desconhecer ou não terem sido afetados em nada no seu trabalho pela reforma psiquiátrica, conforme suas falas:

“Não temos conhecimento” (ACS 1, 5 e 6).

“Não contribuiu em nada” (ACS 2, 4 e 8).

“Não temos nada a declarar” (ACS 3).

“Não nos afetou” (ACS 9).

“Sim; pois fico sensibilizada pelo sofrimento de quem é dependente e também da família” (ACS 11).

“O ACS é colocado como elemento chave do sistema na atenção primária de saúde ” (ACS 12).

Os profissionais CAPS AD, questionados sobre como a reforma psiquiátrica afetou/afeta o seu trabalho demonstram que têm dificuldades em serem compreendidos pelas comunidades, pacientes, familiares e até mesmo pelos profissionais de saúde que desconhecem ou não aceitam a reforma psiquiátrica e que ainda gostariam de segregar, isolar, manter afastado o doente mental.

Conforme Cunha (2010) o principal desafio dos CAPS é o de atuar de forma diferente da lógica da tutela e da não emancipação dos seus usuários que, por muito tempo, foi a marca característica dos grandes manicômios. O desafio é promover um espaço de acolhimento e proteção sem que, com isso, os usuários deixem de interagir socialmente e tornem-se “dependentes” dessa modalidade de atendimento. E esse desafio está implícito nas falas dos profissionais do CAPS AD, que demonstram angústia em suas falas, por não conseguirem que a teoria da reforma psiquiátrica se efetive na prática de seu trabalho diário:

“Eu entendo que os profissionais que trabalham na saúde mental travam diariamente uma luta pelo tratamento, cuidado, respeito e comprometimento com seus usuários. Temos uma sociedade e uma saúde que não aceitam a reforma psiquiátrica e não querem esta reforma” (P 1).

“Em certas situações é muito difícil fazer as famílias entenderem que o paciente interna por uns dias e volta para casa e que as internações não são mais por longos anos” (P 2).

“Interesses diversos podem influenciar o PTS (Plano Terapêutico Singular)” (P 3).

“Da forma mais importante: sem afastar o usuário da rede de apoio” (P 4).

Questionou-se ainda sobre a Rede de Atenção em Saúde Mental no município de Cruz Alta, especificamente para usuários de crack. Os enfermeiros da Atenção Básica não sabem discorrer sobre o assunto, pois suas falas evidenciam esse fato:

“Pouca efetividade” (E1).

“Sei muito pouco na verdade, porque não tive contato, sei que existe acolhimento, auxílio, à busca e encaminhamento para a internação” (E2).

“Não tenho conhecimento específico, para descrever sobre a rede do município, específico para o crack” (E3).

“Penso que está em desenvolvimento e crescendo” (E4).

Os ACS também foram questionados sobre esse mesmo aspecto, indagando seu conhecimento sobre a rede de saúde mental no município, especificamente sobre *crack*, e em suas falas o único conhecimento que tem é de como internar o paciente, que deve ser encaminhado para o CAPS AD e que esse trâmite pode, inclusive, ser feito através de vias judiciais:

“Só temos o conhecimento de encaminhar para o CAPS; e que pode ser feito via promotoria.” (ACS 1).

“Não temos conhecimento sobre esse assunto” (ACS 2,3, 4, 5,6).

“Na outra administração, até 2012, funcionava melhor” (ACS 7).

“Muito fraco. Deveria ter mais atenção” (ACS 8).

“Deixa muito a desejar devido a falta de qualificação” (ACS 9).

“Existe uma rede para atendimento e acompanhamento de paciente, mas que, infelizmente não tem um funcionamento pleno, algumas vezes por falta de verba e também de profissionais” (ACS 10).

“As pessoas que frequentam nunca me falaram mal; pois é somente esta rede que eles possuem” (ACS 11).

“Acho que está muito atrasada em nossa cidade. Precisa melhorar” (ACS 12).

Os profissionais do CAPS AD também foram questionados sobre a rede de atenção em saúde mental no município de Cruz Alta. Para esses profissionais existe falta de interesse político e dos gestores para que a rede se construa e seja efetiva. Suas falas demonstram que as políticas de saúde mental são fracas e imaturas:

“A rede precisa ser construída e fortalecida para que seja efetiva. Mas para isso precisamos de gestores que entendam que a saúde mental é tão importante quanto a atenção básica” (P 1).

“O município não tem interesse nenhum em melhorar o atendimento de saúde mental, para os governantes não somos prioridade” (P 2).

“Há necessidade de leitos psiquiátricos e residenciais terapêuticos para atender a demanda que só cresce e traz os sintomas da sociedade” (P 3).

“Não existe rede de atenção para usuários AD (Álcool e Drogas). A rede de saúde mental não é prioridade para a gestão” (P 4).

Assim, a realidade encontrada nas visitas realizadas aos dependentes químicos hospitalizados para desintoxicação está muito longe de ser um ambiente de apoio. Encontramos situações de segregação e isolamento social, área física institucional inapropriada, além de despreparo da equipe de saúde para atender usuários de drogas. A equipe não possui treinamento em saúde mental. Os médicos que atendem os pacientes são generalistas. Não há a presença de psiquiatras. As acomodações não são adequadas para a realização de atividades alternativas ou reabilitadoras, nem mesmo físicas. Os pacientes têm um ambiente de convivência não apenas com dependentes químicos, mas também com portadores de transtornos mentais. Permanecem em uma sala com televisão, chimarrão e jogos de baralho, ou deitados em seus leitos em quartos coletivos, sendo que a maior parte do tempo ficam na ociosidade.

Ambiente impróprio para a reabilitação. Conforme observou-se nesse estudo, a prática reabilitatória das oficinas ainda está vinculada a uma das principais características da psiquiatria tradicional, ou seja, o entretenimento do doente. Entreter significa ter dentro e também passar prazerosamente o tempo, esperando que o doente melhore, ou piore, e até que ocorra uma mudança no estado do indivíduo. Todavia, o que se percebe é que o paciente permanece entretido com medicamentos, conversas, atividades recreativas e atividades ergoterápicas que não possuem a capacidade de transformar a vida dos usuários (SARACENO, 2001a).

Essas informações vão ao encontro dos pressupostos da Organização Mundial de Saúde (OMS) quando aponta a ênfase dada À Reabilitação Psicossocial a qual deve orientar a construção de novas práticas que tenham como objetivo primordial: a emancipação (*empowerment*) dos utilizadores; a prevenção e combate ao estigma e à discriminação; o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um sistema de suporte continuado (a médio e longo prazo). Essas estratégias deverão ser alcançadas pela articulação entre os sistemas sociais e os sistemas de saúde (OMS/OPAS, 2001).

Ainda a esse respeito, no sentido de assegurar os princípios da Reabilitação Psicossocial para além da prática nas oficinas, cabe ao profissional apresentar aos usuários exposições, concertos e demais atividades culturais e artísticas, para conduzi-los para fora da

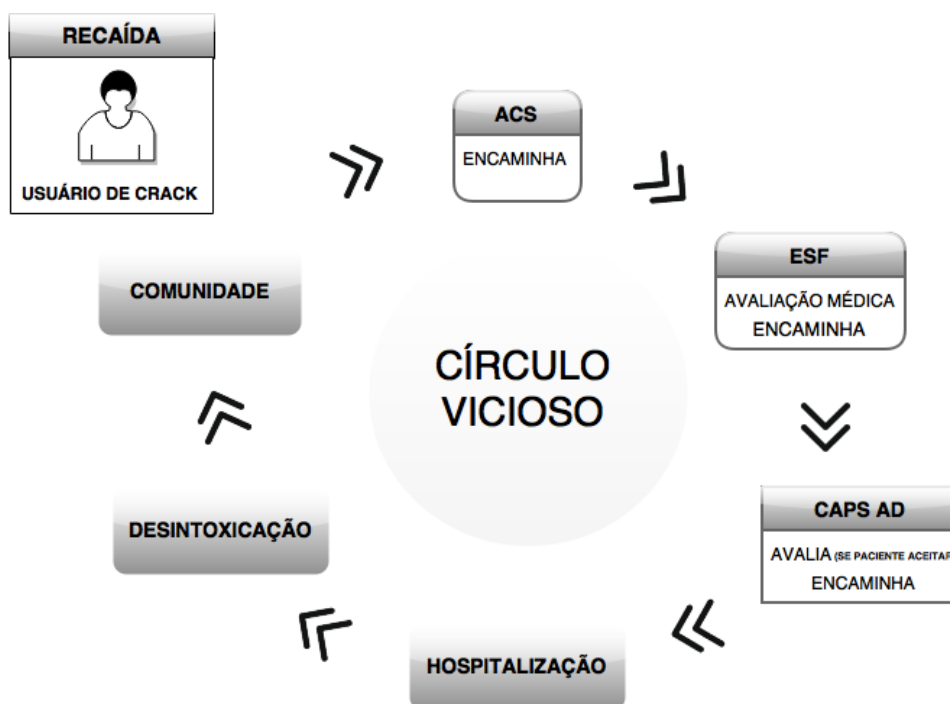
instituição, possibilitando-lhes circular no ambiente cultural da cidade, apresentando uma nova condição social e criando uma vertente de novos valores socioculturais a serem apreendidos (ASSIS, 2004).

Assim, a mudança na cultura hospitalocêntrica na saúde mental não se faz apenas com a implantação de novos serviços, mas com a transformação das práticas. É necessária uma articulação dos serviços que permita construir um novo profissionalismo dos técnicos, que esteja à disposição dos usuários (SARACENO, 2001b).

Nesse contexto, os trabalhadores da equipe devem ter um alto grau de compromisso com as metas estabelecidas por eles próprios, ousando colocar em prática iniciativas que promovam a emancipação do sujeito (PINHO, 2009).

Com esta pesquisa, também se percebeu que acontece um círculo vicioso, onde o usuário é encaminhado pelo ACS para a ESF, que o encaminha ao CAPS AD e de lá, por vários motivos, inclusive desconhecimento da reforma psiquiátrica e política de desospitalização e luta antimanicomial, ele será encaminhado para hospitalização e posterior à desintoxicação retornará para a comunidade sem que mudanças efetivas tenham acontecido. Acontece,então, a recaída e o retorno ao círculo vicioso, conforme descrito na figura 6.

Figura 6 – Círculo Vicioso do “Tratamento” dos Usuários de crack

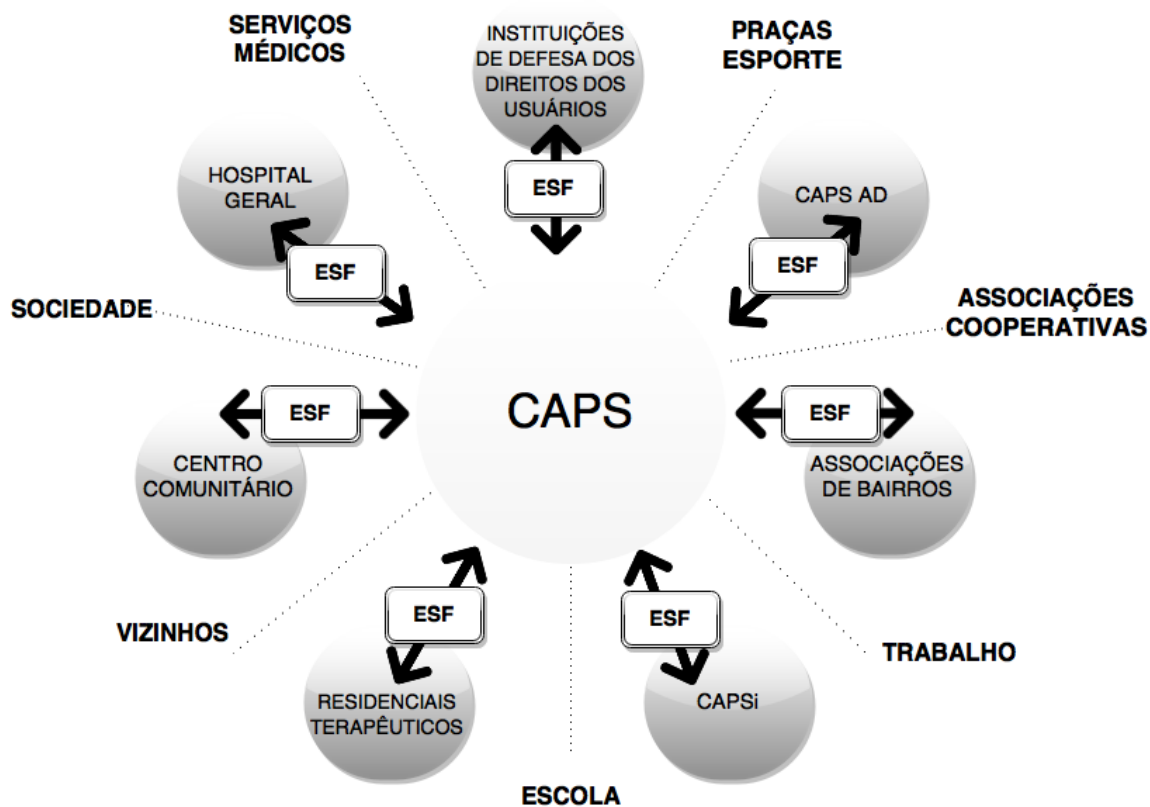


No que é preconizado na legislação há um envolvimento de todos os setores para que a recaída não aconteça. Todos se responsabilizam pelo usuário através da redução de danos, acolhimento, acompanhamento ambulatorial nas ESF, com os ACS e demais profissionais de saúde envolvidos com família, escola, geração de renda e busca de valores de cidadania, inclusive com medidas preventivas e protetivas, para que não haja isolamento social e busca por valorização do indivíduo em sua própria comunidade.

Entretanto, a percepção é de que não há preparo e desejo de inserção das partes envolvidas com os usuários de drogas. Isso lhes oportuniza retomar o convívio com os traficantes desejosos de manter e ampliar seu comércio. Quando eles retornam da internação, normalmente o hospital informa a SMS que o mesmo está de alta e esta encaminha um carro com um motorista para buscá-lo e deixá-lo no endereço informado na internação. Não há, durante esse período, nenhum vínculo do serviço ou visitas de acompanhamento de qualquer membro da equipe de saúde mental. Da mesma forma, a família também não se prepara para o retorno. Não há qualquer tipo de acolhimento desses indivíduos que busque encaminhá-los para um serviço de referência na tentativa de reabilitá-los para a retomada de uma vida social.

Percebe-se um jogo de faz de conta, onde os usuários, com problemas com a justiça e dívidas com traficantes, fazem de conta que estão se tratando. A família cansada e subjugada pela situação, faz de conta que está resolvendo o problema de seu familiar. O município faz de conta que trata e o encaminha para internação em instituições despreparadas e com dificuldades financeiras que os aceitam, mas não têm instalações nem profissionais preparados, portanto também fazem de conta. Muitos recursos são gastos sem nenhuma efetividade. Por isso, a seguir, organizou-se um fluxograma (Figura 7) em que o CAPS aparece como principal articulador da rede intersetorial em saúde mental. Esse fluxograma foi adaptado de Cunha (2010) que é inspirado nos Cadernos de Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a). Esse seria o fluxograma ideal para a saúde mental.

Figura 7 – CAPS como principal articulador da rede intersetorial em saúde mental.



Fonte: Adaptado de Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde 2004 citado por CUNHA, Leonardo de Santi Helena. Trabalhadores de um serviço residencial terapêutico de Porto Alegre e a reforma psiquiátrica. 2010. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados dessa pesquisa é possível concluir que os serviços de saúde mental para dependentes químicos, no município, são centrados nas atividades oferecidas CAPS AD e em hospitalizações para desintoxicação. Observou-se que ocorre um círculo vicioso, na rede, onde o usuário é encaminhado pelo ACS para a ESF, que o encaminha ao CAPS AD. De lá, por vários motivos, inclusive desconhecimento da reforma psiquiátrica e política de desospitalização e luta antimanicomial ele será encaminhado para hospitalização. Após a desintoxicação retorna para a comunidade sem que mudanças efetivas tenham acontecido e, em seguida, acontece a recaída. Os serviços de referência e contrarreferência não se efetivam e nem há o devido acolhimento aos usuários e às suas famílias.

Há uma falta de preparo dos profissionais de saúde em atender essa demanda, mesmo nos serviços especializados, por desconhecimento dos gestores, das famílias em como efetivar o tratamento que é de longa duração, principalmente pela visão do tratamento estar idealizado na cura e abstinência e não na redução de danos.

Observa-se que, em muitos locais, o tratamento desses indivíduos é um “faz de conta”, onde todos os atores envolvidos no processo fazem de conta que estão fazendo alguma coisa para diminuir a grande lacuna que existe nesse processo. Porém, são ações empíricas e imaturas, que carecem de cientificidade e ainda estão baseadas no isolamento social do dependente químico. A dependência química traz ainda mais estigmas, pois para muitos não é considerada uma doença, mas falha de caráter, uma vez que o próprio indivíduo optou por fazer uso da substância, tornando ainda mais difícil o seu acolhimento na comunidade, na família e nos serviços de saúde.

Portanto, há urgência no envolvimento dos setores responsáveis pela formação de profissionais de saúde para que a reforma psiquiátrica se efetive na prática, sem que o sujeito seja fracionado em corpo e mente, mas seja visto como ser único. É também necessário que sejam tomadas medidas maduras e realistas no sentido de acolher o usuário de drogas, especialmente de *crack*, sem que haja estigmas ou necessidade de praticar o isolamento do mesmo. Necessário se faz ainda, maiores investimentos para qualificar profissionalmente os trabalhadores das ESF, CAPS e ACS para que os mesmos não se sintam despreparados para realizar o atendimento não só ao usuário mas também às suas famílias e à comunidade

através de medidas preventivas e educativas mais eficazes, com o envolvimento de todos os setores da comunidade. Cabe aqui, portanto, um papel essencial à Universidade na formação de profissionais preparados para enfrentar esta grave questão social.

A saúde mental, após a reforma psiquiátrica foi surpreendida pelo flagelo do *crack* em um momento em que as internações psiquiátricas foram praticamente extintas. A sociedade não sabe o que fazer com os usuários e muito menos as políticas públicas atendem as necessidades sociais impostas pelo aumento do tráfico e do consumo cada vez mais precoce de drogas como o *crack* que possuem alto poder viciante. As medidas para o enfrentamento são fracas e imaturas e não surtem resultados expressivos. É necessário que ações efetivas sejam tomadas pelos poderes públicos, federais, estaduais e municipais, além de ações da sociedade privada, pois a sociedade tem sido devastada por drogas e traficantes.

Também é inerente a necessidade de investimentos no combate ao comércio e tráfico de drogas, já que esta continua sendo a principal chaga que fomenta o consumo e adoecimento da população. Na prática não há interesse que medidas efetivas sejam tomadas pois essas medidas diminuiriam o enriquecimento ilícito dos grandes traficantes, que a cada dia iniciam no vício uma massa de pessoas cada vez mais jovem e em maior vulnerabilidade social, piorando ainda mais suas já precárias condições de vida.

Portanto, ao finalizar essa pesquisa, conclui-se que não há um efetivo serviço de rede e, portanto, não há efetividade no que se refere à reabilitação dos usuários crônicos de *Crack*.

Esperamos que esse estudo instigue a intenção de diálogo com o município e região para tratar das ações que estão sendo realizadas e de que forma poderiam ser melhoradas, na tentativa de criar alternativas para, efetivamente, serem realizadas ações de enfrentamento a drogas como o *crack*.

Por fim, o tema, por sua relevância social, não se esgota aqui: muito ainda precisa ser discutido, aperfeiçoado e pesquisado para que se minorem os prejuízos e angústias das famílias, dos usuários de drogas, dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Pretende-se dar sequência a esse estudo em nível de doutoramento.

REFERÊNCIAS

ADORNO Sérgio; BORDINI, Eliana B. T.; LIMA, Renato Sérgio de. A violência Disseminada: o adolescente e as mudanças na criminalidade urbana. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.13, n.4, p. 62-74, Oct./Dec. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v13n4/v13n4a06.pdf>> Acessado em: 10 de fevereiro de 2017.

AFONSO, PEDRO BEJA. Contratualização em ambiente de cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 9, p. 59-64, 2010.

ALVES, Domingos Sávio N. **Psiquiátrica**. Memórias da Loucura. Instituto Franco Basaglia. Centro Cultural da Saúde do Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br>>. Acessado em: 4 mar. 2017.

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 1996.

ANDRADE, Tarciso. M. de. Reflexões sobre políticas sobre drogas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/15.pdf>. Acesso em: 26 de janeiro de 2017

ARANHA, J. S.; SILVA M.E.S.; SILVA J.L.L. Acolhimento e humanização: perspectiva do atendimento na atenção básica. **Informe-se em promoção da saúde**, v.7, n.2.p.23-24, 2011.

ASSIS, E. Arte e oficinas terapêuticas em tempos de reconstrução. In: COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. (Orgs). **Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?. 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/10019/2>. Acessado em: 25 de janeiro de 2017

BELAMONT Pilar, org. **CAMINHAR É PRECISO!** A Formação De Acs, Auxiliares E Técnicos De Enfermagem Dos Estados Do Rio De Janeiro E Do Espírito Santo No Projeto Caminhos Do Cuidado. Disponível em 08 de março de 2017.
http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/re_caminhos-do-cuidado_pilarbelmonte.pdf

BENOWITZ, Neal L. How toxic is cocaine. **Cocaine: Scientific and Social Dimensions**, CIBA FOUNDATION, 1992. p. 125-148, 1992.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório final da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”**. Brasília-DF, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL E COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA. **Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários**, Brasília-DF, 2003a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília-DF, 2003b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília-DF, 2004a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília –DF, 2004b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde: Portaria Nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006**. Brasília-DF, 2006a. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS: material de apoio**. Brasília-DF, 2006b.

BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (SENAD). **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua**. Organizadores : Antonio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério. Salvador: CETAD, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília-DF:Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília-DF, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 466 de 2012: aprova o Comitê de Ética em Pesquisa**. 2012 b . Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 03 abr .2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Cartilha Crack: é possível vencer. Enfrentar o crack. compromisso de todos**. Brasília-DF, 2013a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS. **Saúde mental**. Brasília-DF, 2013b. (Caderno de Atenção Básica, n.34.)

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília-DF, 2013c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Formação em Saúde Mental (Crack, **Álcool e outras Drogas**) para ACS e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem da Atenção Básica . Caminhos do Cuidado. Disponível em: <http://repositorio.caminhosdocuidado.org/handle/handle/562> Acesso <https://www.caminhosdocuidado.org/em/17/02/2017>.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais. EPU, 1995.

CAMPOS, Marta Silva; TEIXEIRA, Solange Maria Teixeira. **Gênero, família e proteção social: as desigualdades fomentadas pela política social**. Revista Katályses. Florianópolis. v.13.n.1. Jan/jun. 2010. p20-28.

CARVALHO, Sérgio Resende; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 507-515, Jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200021&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 30 jun. 2016.

COSTA, Paula Cristina Pereira da; GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. ACOLHIMENTO E CUIDADO DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis , v. 25, n. 1, 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100324&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 30 jun. 2016.

CUNHA, Leonardo de Santi Helena. **Trabalhadores de um serviço residencial terapêutico de Porto Alegre e a reforma psiquiátrica**. 2010. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2010.

DESCONSI, Eduarda et al. CUIDADO AO DEPENDENTE QUÍMICO POR EQUIPE INTERDISCIPLINAR EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA. Salão do Conhecimento, v. 2, n. 2, 2016.

FIGUEIREDO, M,D,; CAMPOS, R.O. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 123-149, jan/dez. 2008.

GALDURÓZ, J.C. et al. **Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2004.

GARCIA, Maria Alice Amorim *et al.* A atuação das equipes de saúde da família junto aos idosos. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Belo Horizonte, v. 9, n. 1, p. 4-14, 2006.

GARUZI, Miriane *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GIROTI, Suellen Karina de Oliveira; NUNES, Elisabete de Fátima polo de Almeida; RAMOS, Mara Lúcia Rocha. **As práticas das enfermeiras de uma Unidade de Saúde da Família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, jan./ jun. 2008.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf . Acesso em 24 fev. 2015.

KESSLER, Felix; PECHANSKY, Flavio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. Políticas sociais públicas: implicações para a assistência na área de álcool e outras drogas. In: **ENCONTRO DE ASSISTENTE SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS, 2., 2008**, Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. The proposal of Saraceno's psychosocial rehabilitation: is it a model of self-organization?. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 448-456, 2006.

MACHADO, Kátia. **Crack uma questão de saúde pública**. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/92/reportagens/crack-questao-de-saude-publica>. Acessado em: 25 fev. 2017.

MARAJ, Suraj; FIGUEREDO, Vincent M.; LYNN MORRIS, D. Cocaine and the heart. **Clinical cardiology**, v. 33, n. 5, p. 264-269, 2010.

MIELKE, Fernanda Barreto; OLSCHOWSKY, Agnes. Saúde mental na estratégia saúde da família: avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 900-907, nov./dez. 2010.

MILHOMEM MARIA APARECIDA G. CORRÊA; OLIVEIRA ALICE GUIMARÃES BOTTARO. O Trabalho em Equipe nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n.1, p. 101-108, jan./mar. 2007.

MOTA, R. A.; MARTINS, C.G. de M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá-PR, v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006.

OLIVEIRA, E. M.; SANTOS, N.T. A rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas – em busca da integralidade. In: SANTOS, L. M. (Org.) **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf, 2010.

OLIVEIRA, R. G.; PEDROSO, E. R. P. **Blackbook: clinica médica**. Belo Horizonte: Blackbbok, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório Sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra, 2001.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas. **Revista Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre-RS, v. 23, n. 1, 2011.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. v. 35. n. 1. p. 103-109, 2001. Disponível em: Acesso em: 20 de outubro de 2015.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. *Dicionário de educação profissional em saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p.419-26. Disponível em: ; Acesso em: 14 de novembro de 2015.

PINHO, P. H. **Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

PINTO, Agnes Caroline Souza et al. Educação Em Saúde Na Prevenção Do Hiv/Aids Com Homens Jovens Usuários De Crack. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n.3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-4070015.pdf. Acessado em: 26 de fevereiro de 2017

POSSER, Simone Regina; ZILLI, Milene Bordignon; ROCKENBACH, Carla Wouters Franco. Complicações respiratórias em decorrência do uso de crack: revisão de literatura. **ConScientia e Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 3, 2013.

PULCHERIO, Gilda et al. Crack—da pedra ao tratamento. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre-RS, v. 54, n. 3, p. 337-343, 2010.

REDE BRASIL SUL DE TELEVISÃO. RBS TV,17/06/2015 20h08 - atualizado em 17/06/2015 20h08) 2015.

RIBEIRO M, e Laranjeira, R. **O tratamento do usuário de crack**. Artemed. Porto Alegre, 664 p. 2012.

RIBEIRO, Carla et al. **Redução de danos e seus princípios: uma revisão sistemática na saúde coletiva**. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Repositório Institucional da UFSC : Florianópolis, SC, 2015.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. **O Tratamento do Usuário de Crack: Avaliação clínica, psicossocial neurológica e de risco, terapias psicológicas, farmacoterapia e reabilitação, ambientes de tratamento**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

RONZANI, Telmo Mota et al. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas**. Juiz de Fora-MG: Editora UFJF, 2014.

SALES, Ana Célia Campos. **O uso do crack e suas consequências sociais e econômicas relativo aos adolescentes brasileiros**. Monografia. Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, 2014

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática a espera de teoria. In: PITTA, Ana. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo. Editora Hucitec, 2001a. p. 150-154.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à realidade possível. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à realidade possível. São Paulo. Editora Hucitec, 2001b.

SARPORI, Luis Flavio; MEDEIROS, Regina. **Crack: um desafio social**. Belo Horizonte-MG: PUC Minas, 2010.

SCHIFANO, Fabrizio; CORKERY, John; GHODSE, A. Hamid. Suspected and confirmed fatalities associated with mephedrone (4-methylmethcathinone, “meow meow”) in the United Kingdom. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v. 32, n. 5, p. 710-714, 2012.

SCHIMITH, M.D.; LIMA M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 n. 06, p.1487-94, 2004.

SCHWARTZ, Ana Carolina Gomes. **O Poder Judiciário e a questão da internação compulsória dos usuários de “crack”**. FGV Direito/Rio de Janeiro. . Disponível em: <http://www.editorajc.com.br/2013/11/judiciario-questao-internacao-compulsoria-usuarios-crack/>. Acessado em: 25 fev. 2017.

SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v.63, n.5, p. 762-769, set./out. 2010.

SILVA, Marco Manso Cerqueira **Silva**. **O crack: uma pedra no caminho... As diferentes formas de uso do crack e sua relação com riscos e danos sociais e à saúde entre moradores do Areal da Ribeira**. In **CRACK: CONTEXTOS, PADRÕES E PROPÓSITOS DE USO**. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA Extensão Permanente da Faculdade de Medicina da UFBA – Editora da Universidade Federal da Bahia – EDUFBA/UFBA Salvador-BA

SODELLI, Marcelo. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 637-644, 2010.

SOUZA, Ana Karen Pereira de et al. Prevenção de comorbidades cardiovasculares em dependentes químicos. 2016.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia, 2011.

VASCONCELOS, EM - Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. In Vivência n.o 32, Natal, Ed. UFRN, 2007

VASCONCELOS, Sandra Maia Farias. Classe Hospitalar no Mundo: Um Desafio à Infância em Sofrimento. Disponível em: < http://www.reacao.com.br/programa_sbpc57ra/sbpccontrole/textos/sandramaia-hospitalar.htm> Acessado em 2/9/2007.

VIEIRA, Felipe Crepker e Rubens Passaro- **O crack sob uma perspectiva de saúde pública.** Centro de estudos estratégicos da Fiocruz. 2015, <http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/407>. Acessado em 14/3/20017.

VIDAL, Cristiane Pouey et al. RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O ACOMPANAMENTO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM VISITAS DOMICILIARES. Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão, v. 8, n. 1, 2017.

VINADÉ, T. F. Redução de danos na atenção primária à saúde: construindo a potência do encontro. In: MINOZZO, F.; FRANÇA, S.P. (Org.) **A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde** : módulo 7. Brasília DF : Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, 2009. p. 63-73.

VOLP, Ana Carolina Pinheiro et al. Capacidade dos biomarcadores inflamatórios em predizer a síndrome metabólica: Inflammation biomarkers capacity in predictingthe metabolic syndrome. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 537-549, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Prezada Senhora:

Ao cumprimentá-la cordialmente, apresento a Mestranda **MÔNICA JASKULSKI** do Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ em Associação com a Universidade Integrada da Região Noroeste do Estado do RS- UNIJUÍ, que está realizando a Pesquisa intitulada **EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA –RS, NA SITUAÇÃO DE DESINTOXICAÇÃO EM USUÁRIOS CRÔNICOS DE CRACK** como proposta de Dissertação de Mestrado e que tem como objetivo *Analisar a efetividade dos serviços de saúde mental do município de Cruz Alta –RS no que se refere a reabilitação dos usuários crônicos de Crack*

Para efetivação de sua pesquisa a mestranda necessitará coletar alguns dados com os usuários de *crack* que solicitam internação para desintoxicação no município de Cruz Alta. Para tal solicitamos a autorização de Vossa Senhoria para que a mesma possa coletar os referidos dados.

Na certeza de sua compreensão e colaboração, agradecemos antecipadamente, colocando-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente

Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces
Professora Orientadora do PPGAIS

Ilustríssima Senhora
DENISE SILVA
Secretária Municipal de Saúde
SMS-Cruz Alta –RS

APÊNDICE B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Prezada Senhora:

Ao cumprimentá-la cordialmente, apresento a Mestranda MÔNICA JASKULSKI do Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ em Associação com a Universidade Integrada da Região Noroeste do Estado do RS- UNIJUÍ, que está realizando a Pesquisa intitulada EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA –RS, NA SITUAÇÃO DE DESINTOXICAÇÃO EM USUÁRIOS CRÔNICOS DE CRACK como proposta de Dissertação de Mestrado e que tem como objetivo Analisar a efetividade dos serviços de saúde mental do município de Cruz Alta –RS no que se refere a reabilitação dos usuários crônicos de Crack

Para efetivação de sua pesquisa a mestranda necessitará coletar alguns dados com os usuários de crack que solicitam internação para desintoxicação no município de Cruz Alta. Para tal solicitamos a autorização de Vossa Senhoria para que a mesma possa coletar os referidos dados.

Na certeza de sua compreensão e colaboração, agradecemos antecipadamente, colocando-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente

Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces
Professora Orientadora do PPGAIS

Ilustríssima Senhora
DAURA MELISSA C.B.WESTHPHALEN
Coordenadora de Saúde da 9^a CRS

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE ANÁLISE DE PERFIL DO USUÁRIO

Este instrumento visa a coleta de dados para a Pesquisa intitulada EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA –RS, NA SITUAÇÃO DE DESINTOXICAÇÃO EM USUÁRIOS CRÔNICOS DE CRACK como proposta de Dissertação de Mestrado e que tem como objetivo Analisar a efetividade dos serviços de saúde mental do município de Cruz Alta –RS no que se refere a reabilitação dos usuários crônicos de Crack. Diante disto peço a gentileza de responder a questão abaixo a fim de poder tabelar os dados, visando sugerir ações que possam ajudar sobre o assunto de tamanha relevância.

1. Sexo

Feminino Masculino

2. Idade em anos

18 - 24 25 - 30 31 - 40 40 - 50

3. Escolaridade

analfabeto

Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo

Ensino médio incompleto Ensino médio completo

Superior incompleto Superior completo

4. Renda para aquisição da droga

Trabalho formal Trabalho informal Prostituição Roubos e/ou outros delitos

5. Quantidade de uso de pedras de crack por dia

até 5 5 a 10 10 a 15 15 a 20

6. Tempo de uso de crack

6 meses de 6 meses a 1 ano mais de 1 ano mais de 2 anos

7. Concomitância de uso de outras drogas e remédios

álcool Cigarro Cocaína Maconha Oxi

8. Número de internações anteriores

01 de 1 a 3 de 3 a 5 mais de 5

9. Faz uso de medicação contínua

Sim, qual ? _____

Não

10. Algum profissional de saúde disse que você tem

Hipertensão

Diabetes

Asma/bronquite

HIV

Hepatite

Ulcera gastrointestinal

APÊNDICE D - CARTA DE VALIDAÇÃO

Prezado(a) Professor(a):

Apresento a aluna do Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde da UNICRUZ/UNIJUI Mônica Jaskulski, que está realizando a pesquisa intitulada **EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA –RS, NA SITUAÇÃO DE DESINTOXICAÇÃO EM USUÁRIOS CRÔNICOS DE CRACK**, como Dissertação de Mestrado, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces e para sua efetivação necessitamos da sua colaboração para **validação dos instrumentos** em anexo.

Na certeza de sua compreensão e colaboração, agradecemos antecipadamente, colocando-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Cruz Alta, agosto de 2016

Mônica Jaskulski
Pesquisadora

Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces
Orientadora

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA –RS, NA SITUAÇÃO DE DESINTOXICAÇÃO EM USUÁRIOS CRÔNICOS DE CRACK**

Nome do Pesquisador: Mônica Jaskulski

Nome da Orientadora: Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces

O(A) Senhor(a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo *Analisar a efetividade dos serviços de saúde mental do município de Cruz Alta –RS no que se refere a reabilitação dos usuários crônicos de Crack.*

Ao participar deste estudo o(a) Senhor(a) permitirá que a pesquisadora Mônica Jakulski obtenha dados para sua dissertação de mestrado, cuja pesquisa contribuirá para a reflexão sobre esta temática para então fomentar ações que possam auxiliar o município e região a criar alternativas para que a área da saúde mental pública possa oferecer condições de efetividade nas situações de busca dos usuários crônicos de *crack* para desintoxicação e reabilitação de sua saúde.

A sua participação no estudo se dará ao responder o questionário em anexo. O instrumento foi elaborado por profissionais especializados com o fim de compreender melhor a temática e não oferece nenhum risco à sua dignidade, porém algumas questões poderão aflorar em você sentimentos, emoções e lembranças que lhe trarão sensação de tristeza e/ou frustração. Todavia esses sentimentos serão trabalhados no grupo pela pesquisadora demonstrando ser um processo natural e aceitável sem provocar desequilíbrios emocionais duradouros ou maiores constrangimentos. O(A) Senhor(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) senhor(a). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais, respeitando-se a privacidade do(a) pesquisado(a) em todas as fases da pesquisa, especialmente na apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa.

Ao participar desta pesquisa o(a) Senhor(a) não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago por sua participação. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre esta temática para fomentar ações que possam auxiliar o município e região a criar alternativas para que a área da saúde mental pública possa oferecer condições de efetividade nas situações de busca dos usuários crônicos de *crack* para desintoxicação e reabilitação de sua saúde e possa oferecer um serviço de referência e contra referência de forma efetiva e com acolhimento para o usuário e sua família.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento, de forma livre e esclarecida, para participar desta pesquisa. Portanto, este termo será preenchido em duas vias assinadas pelo pesquisador e por você, caso aceite participar da pesquisa ficará com uma cópia.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa:

Nome do Participante da Pesquisa : _____

Assinatura do Participante da Pesquisa: _____

Coordenadores da Pesquisa:

Mônica Jaskulski _____

Fone: (55)99777723 E-mail: monicajaskulski@gmail.com

Nome e assinatura do Coordenador da Pesquisa:

Solange Beatriz Billig Garces _____

Fone: (55)33211500 – e-mail: sgarces@unicruz.edu.br

Endereço CEP/UNICRUZ Fone/Fax: (55) 3321-1500

Campus Universitário Dr. Ulysses Guimarães - Rodovia Municipal Jacob Della Méa, km 5.6 –Parada Benito - CEP 98.005-972 – Cruz Alta –RS Caixa Postal - 838



APÊNDICE F - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO DE INFORMAÇÕES



Este termo assinado visa a confidencialidade e sigilo em relação às informações consideradas confidenciais a que poderão ter acesso os sujeitos participantes da pesquisa **EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA –RS, NA SITUAÇÃO DE DESINTOXICAÇÃO EM USUÁRIOS CRÔNICOS DE CRACK** que tem por objetivo *Analisar a efetividade dos serviços de saúde mental do município de Cruz Alta –RS no que se refere a reabilitação dos usuários crônicos de Crack.* Vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde da Universidade de Cruz Alta –UNICRUZ em Associação com a Universidade Integrada da Região Noroeste do Estado do RS- UNIJUÍ, tem como pesquisadora a acadêmica Mônica Jaskulski e como pesquisadora responsável que orienta a pesquisa a Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces. Por este termo, comprometem-se:

- 1) a não compartilhar nenhum tipo de informação de caráter confidencial ou sigiloso de um ou mais participantes, com pessoas de fora deste grupo.
- 2) será respeitado o sigilo de informações tanto em caráter individual quanto coletiva quando da apresentação - por parte dos pesquisadores responsáveis - dos resultados dessa pesquisa em publicação científica ou educativa.

Cruz Alta, ____ de _____ de 2016.

Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces
Pesquisadora/ Orientadora
RG 6035506077

Mônica Jaskulski
Pesquisadora /Orientanda
RG: 3113215085

APÊNDICE G –FICHA DE REGISTRO USUÁRIOS

Instrumento de comprovação de Recaída/Abstinência após 3 meses da internação desintoxicação Hospitalar.

1. Paciente _____ 2. Número _____

3. Procedência _____ 4. Local de internação: _____

5. Data da internação Hospitalar: __/__/__ 6. Data do contato pós internação: __/__/__

7. Modo de contato:

Visita Domiciliar

Contato Telefônico

Contato com CAPS- AD

8. Responsável pela informação: _____

Próprio usuário

Familiar (Pai, mãe, irmão)

Familiar (Esposa ,companheira, Filhos)

Funcionário do CAPS responsável por internações (Enfermeiro, Técnico Enfermagem ,Assistente Social, outros)

9. Após 3 meses da internação em hospital para desintoxicação de uso contínuo de crack, o destino do usuário foi:

Recaída sem nova internação

Encaminhado para Fazenda ou instituição para tratamento de descontinuação de uso crônico

Abstinente sem outros tratamentos

Abstinente com a participação em grupos de autoajuda ou espirituais

Abstinente de crack ,porém com uso de outras substâncias psicoativas (Álcool, Maconha, Cocaína aspirada, outras....)

Nova internação para desintoxicação de crack por recaída

10. Citar data e local de nova internação: _____

**APENDICE H – ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS
ENFERMEIROS DAS ESF**

Objetivo 1 - Descrever os serviços de saúde mental do município de Cruz Alta –RS visando situar as condições de efetividade dos serviços de desintoxicação e reabilitação dos usuários de *crack*

1. Você consegue visualizar, no seu trabalho prático, a efetividade de uma Rede de Serviços em Saúde Mental? De que forma funciona?
2. Como você descreve a efetividade ou não dessa Rede?
3. Se você considera que não há efetividade nesta Rede, explique o que está faltando para isso ocorrer.

Objetivo 2 - Identificar os aspectos de referência e contra referência da saúde mental pública dos processos de desintoxicação e reabilitação dos usuários de *crack* que buscam estes serviços no município de Cruz Alta-RS

4. Existem serviços de referência e contra referência em saúde mental pública que atenda o município de Cruz Alta para os usuários de crack em situação de desintoxicação e reabilitação? Explique como funciona?
5. Se você tivesse que fazer um encaminhamento de usuário de crack que caminho seguiria para atender os serviços de referência e contra referência?
6. Quais profissionais estão envolvidos neste processo?
7. Há um trabalho intersetorial para este encaminhamento? Qual? Como funciona? Quais instituições estão envolvidas?

Objetivo 3 - Verificar os aspectos de acolhimento aos usuários de *crack* e seus familiares que a área da saúde mental pública de Cruz Alta-RS oferece aos que buscam os processos de desintoxicação e/ou reabilitação

8. Para você o que é acolhimento?
9. Para você os princípios do SUS (Integralidade, Equidade e Universalidade) estão sendo seguidos quando se trata de atendimento aos usuários de crack (saúde mental)? Por que?
10. Como você entende que deve ser realizado o acolhimento para o usuário de crack, que procura ou é encaminhado para a ESF?
11. Como você entende que deve ser realizado o acolhimento para a família do usuário de crack, que procura ou é encaminhada para a ESF?

12. Em que momento do processo de atendimento (primário, secundário e terciário) o acolhimento deve ser feito? Explique:

Objetivo 4 - Averiguar quais profissionais participam dos processos de acolhimento dos usuários de *crack* e seus familiares que buscam os processos de desintoxicação e/ou reabilitação na área da saúde mental pública de Cruz Alta - RS e quais os processos de formação permanente que os profissionais participam.

13. Qual(is) profissional(is) estão envolvidos no acolhimento do usuário de crack e sua família na Atenção Básica, CAPS AD e Hospitalização?
14. Qual o papel do ACS nos processos de acolhimento, tratamento e reabilitação dos usuários de Crack?
15. Você recebeu alguma formação específica (formação continuada/ formação permanente) em saúde mental para atendimento de usuários de drogas? Quando? Como foi?
16. Você se sente preparado para esse tipo de atendimento? Por que?
17. Você pratica a redução de danos (escuta ativa) do usuário e sua família, conforme recomendação do SUS?
18. Você conhece os principais pontos da reforma psiquiátrica?
19. Como essa reforma afeta/ afetou o desenvolvimento do seu trabalho como profissional da saúde?
20. O que você tem a dizer sobre a Rede de Atenção em Saúde Mental no município de Cruz Alta (específico para usuários de Crack):

APÊNDICE I –ROTEIRO PARA ENTREVISTAS PARA OS PROFISSIONAIS ACS DAS ESF

Objetivo 1 - Descrever os serviços de saúde mental do município de Cruz Alta –RS visando situar as condições de efetividade dos serviços de desintoxicação e reabilitação dos usuários de *crack*

01. Você consegue visualizar, no seu trabalho prático, a efetividade de uma Rede de Serviços em Saúde Mental? De que forma funciona?
02. Como você descreve a efetividade ou não dessa Rede?
03. Se você considera que não há efetividade nesta Rede, explique o que está faltando para isso ocorrer.

Objetivo 2 - Identificar os aspectos de referência e contrarreferência da saúde mental pública dos processos de desintoxicação e reabilitação dos usuários de *crack* que buscam estes serviços no município de Cruz Alta-RS

04. Existem serviços de referência e contrarreferência em saúde mental pública que atenda o município de Cruz Alta para os usuários de crack em situação de desintoxicação e reabilitação? Explique como funciona?
05. Se você tivesse que fazer um encaminhamento de usuário de crack que caminho seguiria para atender os serviços de referência e contrarreferência?
06. Quais profissionais estão envolvidos neste processo?
07. Há um trabalho intersetorial para este encaminhamento? Qual? Como funciona? Quais instituições estão envolvidas?

Objetivo 3 - Verificar os aspectos de acolhimento aos usuários de *crack* e seus familiares que a área da saúde mental pública de Cruz Alta-RS oferece aos que buscam os processos de desintoxicação e/ou reabilitação

08. Para você o que é acolhimento?
09. Para você os princípios do SUS (Integralidade, Equidade e Universalidade) estão sendo seguidos quando se trata de atendimento aos usuários de crack (saúde mental)? Por que?
10. Quando você toma conhecimento de uma situação de usuário de drogas você toma a iniciativa de encaminhar para tratamento? Para onde você encaminha?
11. Você acredita que este encaminhamento é uma atribuição do ACS? Por que?

12. Como você entende que deve ser realizado o acolhimento para a família do usuário de crack?
13. Em que momento do processo de atendimento (primário, secundário e terciário) o acolhimento deve ser feito? Explique:

Objetivo 4 - Averiguar quais profissionais participam dos processos de acolhimento dos usuários de *crack* e seus familiares que buscam os processos de desintoxicação e/ou reabilitação na área da saúde mental pública de Cruz Alta - RS e quais os processos de formação permanente que os profissionais participam.

14. Qual(is) profissional(is) estão envolvidos no acolhimento do usuário de crack e sua família na Atenção Básica, CAPS AD e Hospitalização?
15. Qual o papel da equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família nos processos de acolhimento, tratamento e reabilitação dos usuários de Crack?
16. Você recebeu alguma formação específica (formação continuada/ formação permanente) em saúde mental para atendimento de usuários de drogas? Quando? Como foi?
17. Você se sente preparado para esse tipo de atendimento? Por que?
18. Você pratica a redução de danos (escuta ativa) do usuário e sua família, conforme recomendação do SUS?
19. Você conhece os principais pontos da reforma psiquiátrica?
20. Como essa reforma afeta/ afetou o desenvolvimento do seu trabalho como Agente Comunitário Saúde?
21. O que você tem a dizer sobre a Rede de Atenção em Saúde Mental no município de Cruz Alta (específico para usuários de Crack):

APÊNDICE J –ROTEIRO PARA ENTREVISTAS PARA OS PROFISSIONAIS DO CAPS AD

Objetivo 1 - Descrever os serviços de saúde mental do município de Cruz Alta –RS visando situar as condições de efetividade dos serviços de desintoxicação e reabilitação dos usuários de *crack*

1. Você consegue visualizar, no seu trabalho prático, a efetividade de uma Rede de Serviços em Saúde Mental? De que forma funciona?
2. Como você descreve a efetividade ou não dessa Rede?
3. Se você considera que não há efetividade nesta Rede, explique o que está faltando para isso ocorrer.

Objetivo 2 - Identificar os aspectos de referência e contrarreferência da saúde mental pública dos processos de desintoxicação e reabilitação dos usuários de *crack* que buscam estes serviços no município de Cruz Alta-RS

4. Existem serviços de referência e contrarreferência em saúde mental pública que atenda o município de Cruz Alta para os usuários de crack em situação de desintoxicação e reabilitação? Explique como funciona?
5. Se você tivesse que fazer um encaminhamento de usuário de crack que caminho seguiria para atender os serviços de referência e contrarreferência?
6. Quais profissionais estão envolvidos neste processo?
7. Há um trabalho intersetorial para este encaminhamento? Qual? Como funciona? Quais instituições estão envolvidas?

Objetivo 3 - Verificar os aspectos de acolhimento aos usuários de *crack* e seus familiares que a área da saúde mental pública de Cruz Alta-RS oferece aos que buscam os processos de desintoxicação e/ou reabilitação

8. Para você o que é acolhimento?
9. Para você os princípios do SUS (Integralidade, Equidade e Universalidade) estão sendo seguidos quando se trata de atendimento aos usuários de crack (saúde mental)? Por que?
10. Como você entende que deve ser realizado o acolhimento para o usuário de crack e família que procura ou é encaminhado para a ESF?
11. Como você entende que deve ser realizado o acolhimento para o usuário de crack e família, que procura ou é encaminhada para o CAPS AD?

12. Em que momento do processo de atendimento (primário, secundário e terciário) o acolhimento deve ser feito? Explique:

Objetivo 4 - Averiguar quais profissionais participam dos processos de acolhimento dos usuários de *crack* e seus familiares que buscam os processos de desintoxicação e/ou reabilitação na área da saúde mental pública de Cruz Alta - RS e quais os processos de formação permanente que os profissionais participam.

13. Qual(is) profissional(is) estão envolvidos no acolhimento do usuário de crack e sua família na Atenção Básica, CAPS AD e Hospitalização?
14. Qual o papel dos diferentes profissionais que atuam nos processos de acolhimento, tratamento e reabilitação dos usuários de Crack no CAPS AD?
15. Você recebeu alguma formação específica (formação continuada/ formação permanente) em saúde mental para atendimento de usuários de crack? Quando? Como foi?
16. Você se sente preparado para esse tipo de atendimento? Por que?
17. Você pratica a redução de danos (escuta ativa) do usuário e sua família, conforme recomendação do SUS?
18. Você conhece os principais pontos da reforma psiquiátrica?
19. Como essa reforma afeta/ afetou o desenvolvimento do seu trabalho como profissional da saúde?
20. O que você tem a dizer sobre a Rede de Atenção em Saúde Mental no município de Cruz Alta (específico para usuários de Crack):

APÊNDICE K – MATRIZ DE ANÁLISE

OBJETIVOS	CATEGORIAS	INDICADORES	PERGUNTAS/ ENTREVISTA
1	Serviços de Saúde Mental	- Oferta de serviços para usuários de <i>crack</i>	- 1, 2 e 3 (Enf.) - 1,2 e 3 (ACS) -1.2 e 3 (P AD)
2	Serviços de Saúde Mental	- Serviços de referência e contrarreferência	-4,5,6,e,7 (Enf.) -4,5,6 e 7 (ACS) -4,5,6,e,7 (P AD)
3	Serviços de Saúde Mental	Acolhimento aos usuários de <i>crack</i> e seus familiares	- 8, 9, 10, 11 e 12 (Enf.) - 8, 9, 10, 11, 12 e 13 (ACS) - 8, 9,10, 11, e 12(P AD)
4	Serviços de Saúde Mental	- Profissionais que participam do acolhimento -Formação permanente/ continuada	13,14,15,16,17,18,19e 20 (Enf.) 14,15,16,17,18,19,20 e 21(ACS) - 13,14,15,16,17,18,19 e 20 (P AD)

ANEXOS

ANEXO A - ARTIGO

EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA-RS NA SITUAÇÃO DE DESINTOXICAÇÃO EM USUÁRIOS CRÔNICOS DE *CRACK*

EFFECTIVENESS OF MENTAL HEALTH SERVICES OF THE MUNICIPALITY OF CRUZ ALTA-RS IN THE SITUATION OF DETOXIFICATION IN CHRONIC CRACK USERS²

Mônica Jaskulski³

Solange Beatriz Billig Garces⁴

RESUMO

O objetivo deste artigo é demonstrar os resultados da análise da efetividade dos serviços de saúde mental do município de Cruz Alta –RS no que se refere a reabilitação e desintoxicação de usuários crônicos de *Crack*. Neste contexto, verificou-se que os serviços de saúde mental para dependentes químicos, no município, são centrados nas atividades oferecidas CAPS AD e em hospitalizações para desintoxicação. Os serviços de referência e contra referência não se efetivam e nem há o devido acolhimento aos usuários e às suas famílias. De igual forma há pouca capacitação para os responsáveis dos prestadores de serviços de saúde mental.

Palavras-chave: crack; usuários; tratamento; desintoxicação; efetividade.

ABSTRAT

The objective of this article is to demonstrate the results of the analysis of the effectiveness of mental health services in the municipality of Cruz Alta -RS regarding the rehabilitation and detoxification of chronic users of Crack. In this context, it was found that the mental health services for chemical dependents in the municipality are centered on the activities offered CAPS AD and hospitalizations for detoxification. The services of reference and counter reference are not effective and there is neither due reception to users and their families. Similarly, there is little training for those responsible for mental health service providers.

Keywords: crack; users; treatment; detoxification; effectiveness.

Introdução

A dependência de drogas é um problema social. O *Crack* é derivado da coca com adição de uma base alcalina, como o bicarbonato de sódio (Bastos; Bertoni, 2014). Pode ser consumido em formato sólido (pedra) ou injetado em sua forma pura (cocaína injetável), sendo uma droga ilícita. Quando expostas ao fogo, e fumadas em cachimbos, as pedras estalam

² Pesquisa realizada como Dissertação de Mestrado junto ao PPG em Atenção Integral à Saúde da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ em Associação com a UNIJUÍ.

³ Enfermeira. Especialista em Auditoria em Saúde. Estudante do Programa de Mestrado em Atenção Integral à Saúde da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ em Associação com a UNIJUÍ.

⁴ Prof^a Titular da Universidade de Cruz Alta. Prof.^a Dr.^a do PPG em Atenção Integral à Saúde. Orientadora da Pesquisa. sbgarces@hotmail.com

(*cracking* em inglês), de onde vem o nome da droga. A fumaça inalada é conduzida pela circulação sanguínea dos pulmões para o cérebro em segundos. Os seus efeitos são fugazes e duram entre três e cinco minutos, seguidos de um desejo incontrolável de repetir o uso, que acaba determinando a dependência. O *Crack* normalmente é utilizado juntamente com outras drogas, que aumentam os riscos de complicações (Ribeiro; Laranjeira, 2010).

Observa-se que muitos locais carecem de cientificidade no tratamento, pois ainda estão baseadas no isolamento social do dependente químico. A dependência química traz o estigma, pois para muitos o abuso de drogas não é considerada uma doença, mas falha de caráter, uma vez que o próprio indivíduo optou por fazer uso da substância, tornando ainda mais difícil o seu acolhimento na comunidade, família e serviços de saúde. Sendo assim é urgente o envolvimento dos setores responsáveis pela formação dos profissionais de saúde para que a reforma psiquiátrica se efetive na prática, e também nos setores responsáveis por medidas eficazes no combate ao tráfico e comércio das drogas. Analisar a efetividade dos serviços de saúde mental do município de Cruz Alta –RS no que se refere a reabilitação (desintoxicação) dos usuários crônicos de *Crack* é o que se propôs com este estudo.

Caminho Metodológico

Este estudo desenvolveu-se por meio de pesquisa do tipo observacional descritiva, investigando processos de desintoxicação e/ou reabilitação de usuários crônicos de *Crack* em regime de internação hospitalar em serviços públicos de saúde. Para obtenção dos resultados foram realizadas entrevistas com quatro (04) profissionais Enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família (ESF), doze (12) Agentes Comunitários de Saúde(ACS) e quatro (04) profissionais da Equipe Multidisciplinar do Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). A amostra contou ainda com treze(13) usuários crônicos de *Crack*, do sexo masculino que participaram do tratamento para desintoxicação em unidade psiquiátrica, própria para dependentes químicos, indicados pela área de saúde mental pública do município de Cruz Alta - RS. A entrevista com os usuários de *Crack* estruturou-se com perguntas de aspecto socioeconômico, com o objetivo de conhecer melhor as condições de vida, hábitos e condicionantes de saúde. Estas entrevistas aconteceram de julho/2015 a fevereiro/2016. A análise dos resultados foi realizada a partir das categorias pré-definidas a partir dos objetivos específicos da pesquisa e a partir de outras levantadas no decorrer da coleta de dados.

Organização dos Serviços de Saúde Mental no Município de Cruz Alta – RS

A saúde pública no Município de Cruz Alta-RS é atendida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e até o final do ano de 2016, contava com uma força de trabalho de quinhentos e cinquenta (550) profissionais de todos os níveis e categorias, alguns concursados e outros contratados para realização de serviços de saúde. O município contava com vinte (20) ESFs, onde atuavam no total cinquenta (50) Enfermeiros, quarenta e quatro (44) médicos e cento e vinte e um (121) ACS. Possuía um (01) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), onde atuavam um (01) Psicólogo, um (01) Educador Físico, um (01) Fisioterapeuta e três (03) Nutricionistas. Na área de saúde mental eram três (03) CAPS, sendo um (01) AD (Álcool e Drogas), um (01) CAPS i (Infantil) e um (01) CAPS I (transtornos mentais de forma geral). A média de atendimento nos três CAPS juntos era de trinta (30) pacientes/dia, conforme dados fornecidos pela SMS. Nos CAPS de Cruz Alta, atuavam os profissionais relacionados no quadro 01:

	CAPS AD	CAPS i	CAPS I
Assistente Social	01	00	01
Enfermeiros	00	01	01
Psicólogos	03	03	03
Psiquiatra	01	01	00
Médico Generalista	01	00	01
Médico Pediatra	00	01	00
Técnico em Enfermagem	01	01	01
Fisioterapeuta	00	00	01
Arteterapeuta	00	00	01

Quadro 01 - Profissionais que atuaram nos CAPS de Cruz Alta em 2016

Realidade bastante diferente do que é preconizado na literatura, para a efetivação da interdisciplinaridade em saúde mental, pois as equipes multidisciplinares que atuam nos CAPS

devem usar recursos desde a estrutura física da unidade e as especializações dos profissionais para garantir a atenção integral a usuários de *Crack* e outras drogas, os serviços de saúde devem estar articulados, de forma funcional e complementar, com os diversos dispositivos da rede. Todos os profissionais são importantes com destaque para os técnicos de enfermagem e enfermeiros que fazem o primeiro acolhimento e depois o médico que vai avaliar a situação do paciente e faz os devidos encaminhamentos para psicólogos, os quais promoverão encontros e atividades terapêuticas, dirigirão e orientarão os grupos teatrorapêuticos e há também os fisioterapeutas que orientarão atividades psicomotoras com objetivo de desenvolver o corpo e fortalecer ações que promovam o bom desempenho de um conjunto de atividades. Neste contexto, nota-se que todos os profissionais são de suma importância no desempenho do tratamento do usuário de *Crack* que é o foco desta pesquisa com destaque para a ação da enfermagem, que foi uma das categorias utilizadas nesta pesquisa, e que segundo Giroti, Nunes e Ramos (2008, p.10): “esses profissionais em sua essência tem a função de cuidar do ser humano individualmente, na família e ou na comunidade e atuar em equipe promovendo a autonomia através da educação em saúde.”

Outro profissional importante que não atua diretamente no CAPS, mas que tem um papel fundamental no conhecimento das famílias é o ACS. Ele facilita a identificação de fatores responsáveis ou que interferem para que as pessoas adoeçam e também torna o desenvolvimento de estratégias mais eficazes na adesão às recomendações da equipe de saúde. Neste contexto, realizou-se a pesquisa, onde foram entrevistados profissionais que mantêm vínculos com os usuários de drogas tanto na comunidade onde os mesmos residem (ACS), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que procuram para resolver seus problemas de saúde (Enfermeiros das ESFs) como nos serviços especializados para atendimento de álcool e drogas (CAPS AD), a fim de responder os objetivos propostos para esta pesquisa. Assim, categorizamos as principais evidências levantadas por meio das entrevistas com os profissionais pesquisados.

Condições de Efetividade dos Serviços de Desintoxicação e Reabilitação dos Usuários Crônicos de *Crack* do município de Cruz Alta-RS

De acordo com **os enfermeiros** entrevistados, três (75%) deles, conseguem visualizar que há uma rede de saúde mental e que o seu trabalho contribui para essa efetivação. Um (25%) enfermeiro entrevistado tem dificuldade em visualizar no seu trabalho prático a efetividade

dessa rede. Todavia, quando questionados especificamente sobre a efetividade ou não desta rede de saúde mental, dois (50%) enfermeiros consideram efetiva; um deles ainda considera relativa e os outros dois (50%) não consideram que a rede seja efetiva. Os enfermeiros que consideram que a rede não seja efetiva ressaltaram que os motivos para isso são: a falta de profissionais capacitados; a falta de um trabalho em equipe; e a falta de adesão dos usuários.

Para os ACS, dez (76,92%) consideram que existe a rede de atenção em saúde mental e três (23,07%) consideram que não. Porém, 70% dos que consideram que existe a rede, alertam que ela não é efetiva, pois há muitas falhas e citam os vários motivos para isso não acontecer: faltam vagas para internações; falta busca ativa por parte dos serviços aos usuários (CAPS e saúde mental); o tempo de espera para consulta é longa; são necessários mais médicos especializados nesta área; mais infraestrutura para receber pacientes em surto; falta vontade (motivação) por parte dos profissionais da Saúde Básica; um pronto atendimento; um acompanhamento mais eficaz; falta qualificação e, ainda faltam projetos por parte dos gestores. Os ACS evidenciaram que: a rede existe, mas com falhas, ou seja, a rede deveria ser mais humana, mais resolutiva, ágil e sensível.

Conforme a Enfermeira do setor de saúde mental, responsável pelo agendamento de leitos de internação em saúde mental nos municípios de abrangência da 9ª CRS: *“fila de espera, nos hospitais conveniados, sempre existe, a demanda por vagas é sempre maior que o número de leitos ofertados, a demora para conseguir um leito pode ultrapassar um mês.”* Para conseguir um leito em urgências psiquiátricas (quando há risco de danos a integridade ou a vida do próprio paciente, de seus familiares ou comunidade), é necessário recorrer a judicialização, ou seja, ter uma ordem judicial para que a internação ocorra em um prazo máximo determinado pela justiça. Isso é claro não pode ser definido como situações humanas e sensíveis, e contraria os princípios básicos do SUS. Para os quatro profissionais que atuam no CAPS AD, três consideram que não há uma rede de atenção em saúde mental efetiva no município e apenas um considera que há. Portanto, pode-se evidenciar que para a maioria dos profissionais entrevistados, a atuação em rede não se efetiva.

Aspectos de Referência e Contra Referência dos Processos de Desintoxicação e Reabilitação dos Usuários de Crack que Buscam os Serviços de Saúde Mental Pública no Município de Cruz Alta-RS

Questionou-se aos sujeitos da pesquisa se existem serviços de referência e contra referência em saúde mental pública que atenda o município de Cruz Alta para os usuários de Crack em situação de desintoxicação e reabilitação. Todos os enfermeiros (04) e os profissionais do CAPS AD (04), totalizando oito entrevistados responderam que existe, embora alguns tenham feito ressalvas quanto a essa efetividade. Já, para outros ACS entrevistados não há esse serviço ou não souberam responder, conforme evidenciado na tabela 1:

Tabela 1– Existência de Serviços de Referência e Contra Referência em Saúde Mental no município de Cruz Alta-RS

Serviços de Referência e Contra Referência	Enfermeiros		ACS		Profissionais CAPS AD	
	F	%	f	%	f	%
Existe	4	100%	9	69,2%	4	100%
Não Existe	0	0,00%	2	15,4%	0	0,00%
Não respondeu a questão	0	0,00%	2	15,4%	0	0,00%
Total	4	100%	13	100%	4	100%

Na opinião dos enfermeiros entrevistados, **o funcionamento dos serviços de referência e contra referência** em saúde mental ocorre da seguinte forma: o usuário busca a ESF ou o CAPS AD onde é realizado acolhimento e o mesmo é encaminhado para internação por quinze (15) dias em hospital de referência e após retorna para atendimento clínico no CAPS AD. Essa descrição pode ser visualizada na figura 01.

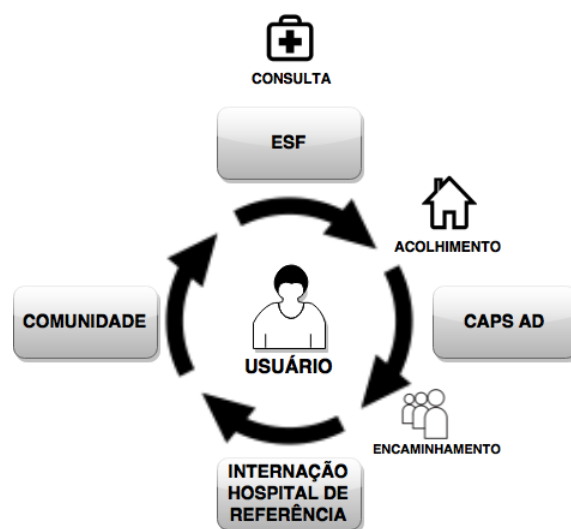


Figura 01 - Funcionamento de serviços de referência e contra referência em saúde mental na opinião dos Enfermeiros entrevistados

Garuzi *et al.* (2014) salientam que acolhimento e cuidado no contexto de uma atenção humanizada remetem à construção de uma gestão compartilhada do cuidado que implica a existência de uma rede de compromissos e responsabilidades que devem ser assumidas pelos gestores, profissionais, usuários do sistema de saúde e pela comunidade em geral. Assim, a referência e contra referência, conforme preconizado, deveria ter portas abertas em qualquer setor de saúde pública, não apenas das UBS, ESF e CAPS, mas de consultórios, grupos de HIPERDIA, NASF, ou qualquer setor que consiga identificar as necessidades de atenção em saúde mental.

Para os Agentes Comunitários de Saúde - ACS o fluxograma de referência e contra referência acontece conforme expresso na figura 02.



Figura 02 - Funcionamento dos serviços de referência e contra referência em saúde mental na opinião dos ACS entrevistados

Para os ACS, o serviço existe, a dificuldade de que estes serviços funcionem melhor é de responsabilidade do próprio usuário, que segundo uma de suas falas, “*se nega a aderir ao tratamento, ele é um problema, um entrave para a solução de seus problemas*” (ACS n°3). Para os ACS, não existe a compreensão de que a dependência química o impede de ficar abstinente, é como se ele não desejasse deixar o vício e fosse o único responsável pela situação de miséria em que vive. Fica evidente na fala dos ACS que só visualizam a desintoxicação e a abstinência como forma de tratamento, sendo que a Redução de Danos (RD) não é citada por nenhum destes profissionais. Também em suas falas os usuários não são responsabilidade das famílias, das comunidades e dos profissionais de rede de saúde, e das ESFs. Eles são encaminhados aos CAPS AD, e não citam os caminhos de volta para a sua família, comunidade, redes de saúde e para o atendimento das ESF's e dos próprios ACS. É como se após o atendimento nas unidades especializadas em saúde mental, como em um passe de mágica ocorresse a ‘cura’. Como se apenas o encaminhar fosse a solução, e que o usuário quando se nega a aderir ao tratamento está sendo um entrave. Não há retorno sobre a continuidade do atendimento e acompanhamento nas ESF pelas equipes de saúde e pelos ACS. Depois de encaminhar para o CAPS AD, o usuário deixa de existir na comunidade e na atenção básica e se torna responsabilidade

exclusiva do CAPS AD. Não há referência à família nem ao seu retorno à comunidade, à escola, ao trabalho e outras interações sociais. Também relatam a inexistência do serviço de desintoxicação no município.

Para os **profissionais do CAPS AD**, o usuário é recebido através de encaminhamento, demanda espontânea do próprio usuário e sua família ou através de judicialização. Primeiramente, é realizado o acolhimento e elaborado um plano terapêutico. Se for necessário (e tiver vagas) ele será encaminhado para internação de desintoxicação, e se houver interesse, encaminhado para uma comunidade terapêutica e/ou atendimento ambulatorial no próprio CAPS AD, através de consultas e grupoterapia. Em momento algum estes profissionais evidenciam que exista o encaminhamento para a comunidade, ACS e ESF. Assim, estes profissionais demonstram que a rede básica não é parte da rede intersetorial de atendimento ao usuário de *Crack* e outras drogas. É como se a responsabilidade por este paciente não fosse de toda a rede, mas apenas dos profissionais do CAPS. Dessa forma, reforçam a ideia de que os pacientes de saúde mental não são responsabilidade de toda uma rede de atenção em saúde, de forma integral, mas apenas dos próprios serviços de saúde mental. Estes relatos dos profissionais do CAPS AD estão representados por meio do fluxograma 3.

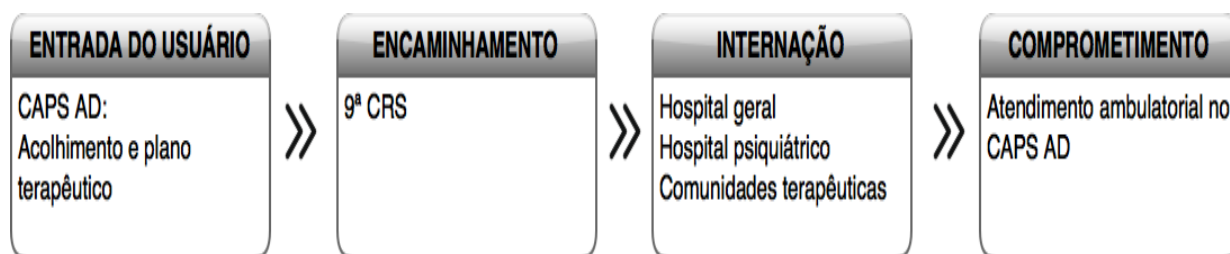


Figura 3 - Funcionamento dos serviços de referência e contrarreferência em saúde mental na opinião dos Profissionais do CAPS AD entrevistados

Os profissionais que atuam no CAPS AD evidenciaram que há três hospitais gerais vinculados a 9ª CRS, um hospital psiquiátrico para casos de urgências (com fila de espera), que se localizam fora de Cruz Alta para casos de internação. O município possui ainda convênio com duas comunidades terapêuticas (AJEM e COTEFEM- CAPS AD) para tratamento ambulatorial. Segundo os profissionais do CAPS AD, o leito é liberado pela 9ª CRS com entrada pelo CAPS AD. Primeiramente, faz-se o acolhimento do usuário de *Crack* para saber a demanda e qual o comprometimento do mesmo para o tratamento.

No quadro 2 visualiza-se, de acordo com a visão dos entrevistados, os profissionais envolvidos na referência e contrarreferência em saúde mental, o que demonstra um descompasso na forma de pensar saúde mental e provavelmente de referenciar os pacientes.

Demonstram não haver unanimidade e regras claras para que este serviço se concretize, evidenciando falta de efetividade nos serviços de saúde mental.

Quadro 2 - Profissionais e Instituições envolvidas nos serviços de referência e contra referência em saúde mental

Evidências sobre:	Enfermeiros	ACS	Profissionais CAPS AD
Profissionais envolvidos	ACS Assistente social Enfermeiros Médicos Psicólogos Psiquiatras Técnico de Enfermagem	ACS <i>Assistente social, Enfermeiros.</i> <i>Equipe do CAPS Equipe da Rede Intersetorial</i> <i>Equipe multidisciplinar das ESF</i> <i>Psicólogos</i> <i>Psiquiatras</i> <i>Técnico de Enfermagem</i>	Assistente social Enfermeiros Psicólogos Psiquiatra Recepcionista Técnico em enfermagem Médicos
Intersetorialidade	Existe= 100% Não existe = 0,00%	<i>Existe= 46,15%</i> <i>Não existe = 53,85%</i>	Existe= 75,0% Não existe = 25,0%
Instituições envolvidas	CAPS AD Clínicas CRAS ESF Hospitais de Referência	<i>CAPS AD</i> <i>Conselho tutelar Poder judiciário</i> <i>Comunidades Terapêuticas</i> <i>CRAS</i> <i>ESF</i> <i>Hospitais de Referência</i> <i>ONG</i> <i>SMDS</i> <i>SMS</i>	9ª CRS CAPS AD Comunidades Terapêuticas Hospitais de Referência Rede de Atenção Básica SMS

Conforme a Série Textos Básicos de Saúde (Brasil, 2006, p. 9), a atual legislação brasileira ampliou a definição de saúde, considerando-a “resultado de vários fatores

determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.” Por isso mesmo, as gestões municipais do SUS – em articulação com as demais esferas de governo – devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para a população.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, conforme determina o Ministério da Saúde (Brasil, 2010) na Portaria nº 4.279, de 30/12/2010. Em 1920, a origem do conceito de Redes de Atenção à Saúde surge na Inglaterra. Desde esta data tanto o conceito e exemplos de implantação tem evoluído no mundo.

Nas falas dos ACS, aparece o desconhecimento sobre intersetorialidade e a efetividade da própria Rede, referência e contrarreferência. Portanto, ao não fazerem parte da Rede deixam de ser sujeitos de acolhimento e participantes da elaboração e continuidade do Plano Terapêutico do Dependente Químico. Para os Profissionais do CAPS AD entrevistados três (75%) deles percebem que há intersetorialidade, enquanto um (25%) acredita não haver.

Como eixo organizador dessa inclusão, o Ministério da Saúde incorporou o conceito de apoio matricial. Desse modo, valoriza-se a prática terapêutica, e esta deve acontecer nas dimensões familiares, socioculturais, econômicas e biopsicossociais que envolvem o cotidiano das ações para a promoção da saúde mental.

Aspectos de acolhimento aos usuários de *Crack* e seus familiares que a área da saúde mental pública de Cruz Alta- RS oferece aos que buscam os processos de desintoxicação e/ou reabilitação

O acolhimento é definido em documentos oficiais como a recepção do usuário no serviço de saúde. Compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa e angústias, a inserção de limites, e se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado, quando necessário. A partir disso, perguntou-se aos três grupos de entrevistados nesta pesquisa sobre suas percepções do que é **acolhimento**, e as suas respostas demonstram uma visão bastante simplista. Resumidamente a visão dos enfermeiros é de que “*acolher é tentar resolver os seus problemas*”, já para os ACS a “*importância está em realizar uma busca ativa e tratar o mesmo com carinho e atenção dando informações clínicas corretas e escutando-os para melhor poder*

ajudá-los.” Para os profissionais do CAPS AD acolhimento é: “acolher com respeito e compromisso, verificar a situação ouvindo-o para melhor poder orientar e encaminhar.”

Nas falas dos Enfermeiros o acolhimento é apenas uma escuta, para um posterior encaminhamento, sem haver responsabilização com o que vai ocorrer depois, com os vínculos que se estabeleceram, e sem haver sua participação na elaboração e objetivação do plano terapêutico. Já para os ACS, o encaminhamento ao CAPS AD e a ESF, também são suas opções, não havendo manifestações sobre plano terapêutico para o usuário ou para sua família. Falam em hospitalização, ainda centrado no modelo hospitalocêntrico que busca “cura”, mas não falam em acolhimento ou em redução de danos.

Para os Profissionais do CAPS AD realizou-se pergunta sobre a ESF relacionada com o acolhimento ao usuário e família e ao encaminhamento. As respostas demonstram que, para eles, os usuários de *Crack* devem ser tratados de forma humanizada, realizando a escuta da família e do usuário para posterior encaminhamento, porém nenhum relata que o atendimento pode ser feito na própria ESF. Visando saber como os profissionais realizam o acolhimento para a família dos usuários de *Crack*, se fez a seguinte pergunta para os Enfermeiros: *Como você entende que deve ser realizado o acolhimento para a família do usuário de Crack, que procura ou é encaminhada para a ESF? Metade dos enfermeiros não respondeu esta pergunta. Fez-se a pergunta aos ACS sobre o acolhimento à família do usuário de Crack e segundo eles, “os familiares devem ser acolhidos e acompanhados por profissionais psicólogos e /ou psiquiatras, pois também estão doentes.”* Já, os profissionais do CAPS AD acreditam que o acolhimento deve ser o mesmo que para qualquer paciente que procurar a ESF, ou CAPS AD, e que os mesmos devem ser tratados de forma humanizada, não como um problema. Ainda em relação ao acolhimento questionou-se aos ACS se este encaminhamento é uma atribuição do ACS e todos concordaram que esta é uma atribuição inerente à sua função. Perguntou-se em que momento deve ocorrer o acolhimento ao usuário (no atendimento primário, secundário ou terciário) e suas respostas estão demonstradas na Tabela 2:

Tabela 2- Momento em que deve ocorrer o acolhimento ao usuário.

Acolhimento	Enfermeiros		ACS		Profissionais CAPS AD	
	f	%	f	%	f	%
Atendimento Primário	2	50%	9	69,20%	-	0,00%
Atendimento Secundário	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%

Atendimento Terciário	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Em todos os momentos	2	50%	1	7,70%	3	75%
Não responderam			3	23,10%	1	25%
Total	4	100%	13	100%	4	100%

Para os três segmentos de profissionais entrevistados não existem unanimidade nas respostas. Isso demonstra que não existe comunicação entre os três serviços, e tampouco trabalho em rede conforme preconizado pelo SUS. Cada categoria de trabalho tem sua forma de pensar o acolhimento, conforme evidenciado em suas falas: Para os Enfermeiros: “*Acolher quando a família procura a unidade e em todos os processos e direcionar conforme as necessidades.*” Para os ACS: “*escuta e acolhimento e encaminhamento ao médico, psicólogo, psiquiatra e de forma mais urgente possível.*” Para os Profissionais do CAPS AD: “*o acolhimento deve ser contínuo.*”

Cabe ressaltar que a concepção do SUS é norteada pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade das ações de saúde (Vieira; Passaro, 2015), por isso perguntou-se aos profissionais CAPS AD, aos Enfermeiros e aos ACS das ESFs se os mesmos vivenciavam estes princípios no atendimento aos usuários de *Crack*.

Tabela 3- Princípios do SUS e seus Profissionais

Princípios do SUS	Enfermeiros		ACS		Profissionais CAPS AD	
	F	%	F	%	F	%
Atendidos	2	50%	5	38,45%	1	25%
Não atendidos	2	50%	4	30,75%	3	75%
Não sabe	-	0,00%	2	15,40%	-	
Não respondeu	-		2	15,40%	-	
Total	4	100%	13	100%	4	100%

Para os **Enfermeiros**, fez-se a seguinte pergunta: *Para você os princípios do SUS (Integralidade, Equidade e Universalidade) estão sendo seguidos quando se trata de atendimento aos usuários de Crack (saúde mental)? Por quê?* As falas destes demonstram que 50% dos enfermeiros acreditam que são atendidos e os outros 50% não, demonstrando ambiguidade nas respostas, e muito provavelmente desconhecimento do assunto. Para os ACS,

também se fez a mesma pergunta. Para estes profissionais, apenas 38,45% relatam conhecer estes princípios, os demais desconhecem o assunto ou acreditam que não são atendidos. Acreditam que é o CAPS e os hospitais que realizam atendimento e, portanto são estes profissionais que devem responder a estas questões. Como se observa na fala dos profissionais do CAPS AD, apenas um (25%) acredita que estes princípios são efetivos nos atendimentos de usuários de *Crack*. Portanto, estas respostas evidenciam que, para a maioria dos profissionais é muito difícil responder e definir se estes princípios estão sendo atendidos ou não. O acolhimento pode desenvolver afetos, potencializando o processo terapêutico.

Profissionais que participam dos processos de acolhimento dos usuários de *Crack* e seus familiares e a sua formação permanente

Perguntou-se aos pesquisados sobre quais profissionais deveriam estar envolvidos no acolhimento do usuário de *Crack* e sua família na Atenção Básica, CAPS AD e Hospitalização. Para os Enfermeiros, suas respostas demonstram que quem deve estar envolvido no acolhimento são os ACS, o próprio enfermeiro e o médico. Já para os ACS, eles consideram que o ACS é o principal elo, mas que quando posteriormente encaminhado a ESF, CAPS e hospital, não há retorno de nenhuma destas partes, ou seja, não há referenciamento.

Apenas um ACS demonstra a importância da comunicação (referência e contrarreferência), ao mesmo tempo em que afirma que a mesma não existe: “*Na verdade há uma falta de comunicação por parte dos CAPS AD e hospitais com as ESF*” (ACS 10). Para os Profissionais CAPS AD a compreensão é a mesma: falam de seu atendimento, unicamente, até citam a SMS, mas em momento algum falam em diálogo e referência e contra referência. Em razão dos ACS serem os profissionais da porta de entrada do SUS (rede), questionou-se aos enfermeiros pesquisados sobre o papel do ACS nos processos de acolhimento, tratamento e reabilitação dos usuários de *Crack*. Os profissionais enfermeiros responderam que é primordial o acolhimento e tratamento de reabilitação e realizar a capacitação e investigação repassando para a ESF. O ACS deve identificar a demanda e pedir ajuda para os profissionais da ESF.

Para os ACS questionou-se sobre o papel da equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família nos processos de acolhimento, tratamento e reabilitação dos usuários de *Crack* e estes responderam que é papel fundamental, o qual começa por receberem bem os pacientes que são encaminhados e acompanhá-los. Questionados, os profissionais do CAPS AD sobre o papel dos diferentes profissionais que atuam nos processos de acolhimento, tratamento

e reabilitação dos usuários de *Crack* no próprio CAPS AD estes responderam que cada profissional vai atuar a partir de sua formação, conforme fala: “*Cada profissional atua de acordo com sua profissão. Mas nossa equipe é bastante homogênea e todos os casos são discutidos em equipe para que cada um possa dar sua contribuição*” (P 1).

Figueiredo e Campos (2008) ressaltam a importância de aproximar profissionais que atuam nos serviços específicos de atenção à saúde mental das equipes de Saúde da Família, buscando qualificar estes profissionais para o cuidado em seu sentido mais amplo, considerando as complexidades dos sujeitos e das suas relações sociais. Ainda, questionou-se para os profissionais entrevistados se os mesmos haviam recebido alguma formação específica para realizar atenção em saúde mental, com dependentes químicos, a partir da seguinte pergunta: *Você recebeu alguma formação específica (formação continuada/ formação permanente) em saúde mental para atendimento de usuários de drogas? Quando? Como foi?*

Tabela 4 - Formação continuada em saúde mental dos profissionais que atuam em saúde mental

Formação Continuada/ Permanente em SM	Enfermeiros		ACS		Profissionais CAPS AD	
	f	%	f	%	f	%
Sim	-	0,00%	13	100%	1	25%
Não	4	100%	-	0,00%	3	75%
Total	4	100%	13	100%	4	100%

A tabela 4 demonstra que as equipes não recebem formação específica para o atendimento em saúde mental, e que de forma geral espera-se que a formação tenha acontecido nas Universidades e cursos que os profissionais frequentaram antes de desenvolver trabalho na SMS. Todavia, percebe-se que houve uma preocupação em capacitar os ACS que teoricamente não tiveram uma educação formal em saúde mental. Os ACS receberam uma formação do MS, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, o Grupo Hospitalar Conceição e a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), no período de 2013 a 2014. Este curso de Formação em Saúde Mental, com ênfase em *Crack*, álcool e outras drogas, para ACS e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem em todo o território nacional foi chamado de Caminhos do Cuidado.

Dos ACS pesquisados, oito citaram especificamente ter realizado este curso de formação Caminhos do Cuidado e os demais relataram ter participado de “palestras” sobre o

assunto, o que demonstra que o MS teve uma preocupação em empoderar esta categoria que não possui educação formal em saúde, para atuarem especificamente com *usuários de Crack e outras drogas*. Especificamente, para os Profissionais do CAPS AD também foi questionado sobre formação específica e suas respostas demonstram um descuido da gestão pública em não investir ou exigir capacitação específica para este grupo que trabalha no serviço especializado de saúde mental e que é a referência para os demais serviços e profissionais da SMS. Dizem que não receberam formação específica, e o que sabem é porque foram construindo seus saberes através de leitura e discussão com outros profissionais e por meio da prática e troca de experiências e, também, junto aos usuários.

Os ACS se sentem mais a vontade para falar sobre “escuta” e “encaminhamento”, porém sem responsabilização, como se de fato não necessitassem se comprometer, para isso acham que os cursos que participaram foram insuficientes. Gostariam de mais capacitação em forma de “reciclagem” (atualização) para receberem aprofundamento de conhecimentos. Os Profissionais que atuam no CAPS AD, demonstram também dificuldades para realizarem estas abordagens, mesmo sendo o serviço de referência especializado oferecido, pois não conseguem acolher a demanda, sensibilizar as famílias para as mudanças em saúde mental, e nem mesmo dar conforto aos usuários que têm recaída, e nem praticar a redução de danos.

A Redução de Danos (RD) abre espaço para alternativas diante do uso de drogas, ao propor estratégias de abordagem para além da abstinência. Para Campos (2010) a adoção de práticas de RD, diante das crescentes contradições sociais e de saúde que envolve o complexo sistema das drogas, colocou para a arena das discussões acadêmicas e dos serviços o tema da ética, dos direitos humanos, do engodo proibicionista, entre outros. A RD foi se constituindo então como um “movimento” político, que procurava dar respostas a essas contradições. A RD se ampliou, tornando-se objeto de vários campos do saber e acionando um debate mais acalorado na sociedade sobre os modos como as questões relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas deveriam ser encaminhadas. Na tabela 5 há um demonstrativo do conhecimento e da prática dos profissionais sobre Redução de Danos (RD):

Tabela 5- Prática da Redução de Danos (RD)

Prática RD (Redução de Danos)	Enfermeiros		ACS		Profissionais CAPS AD	
	f	%	f	%	f	%

SIM	2	50 %	11	84,6 %	2	50 %
NÃO	2	50%	-	-	1	25%
Não Sabe	-	-	-	-	1	25%
Não Respondeu	-	-	02	15,4 %	-	-
Total	4	100%	13	100%	4	100%

Na fala dos Enfermeiros, novamente se identifica uma diversidade de respostas, o que demonstra desconhecimento por parte de alguns e despreparo formal sobre o assunto. Para alguns profissionais a mente ainda deve ser tratada separadamente do biológico. Em função destes conceitos o profissional não se sente preparado para intervir em situações de Saúde Mental. As Universidades ainda separam em sua grade curricular, a atenção à Saúde Mental de forma fragmentada do corpo. Os ACS demonstram desconhecimento sobre o assunto, pois falam sobre “escuta” que é o acolhimento, mas não sobre Redução de Danos, que é conviver com níveis menores de substâncias, que provoquem menos danos, mas não é a abstinência total. Suas falas demonstraram claramente este desconhecimento. Os profissionais do CAPS AD demonstraram conhecimento sobre o assunto, mas incapacidade de realizá-la.

A Lei nº 10.216, promulgada em 6 de abril de 2001 (Brasil,2001) estabeleceu proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Estes direcionamentos estão em consonância com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A Lei também envolve mudança na Assistência de acordo com pressupostos técnicos e éticos e a convalidação jurídica legal desta nova ordem.

Para Cunha (2010) os hospitais psiquiátricos ou manicômios – cumpriram a função social de excluir para tratar terapêuticamente e de promover o afastamento de pessoas consideradas perigosas pela sociedade. O bordão do “louco perigoso”, contudo, continua ressoando forte até os dias de hoje em nossa sociedade. E, como descreve o mesmo autor foi nestes estabelecimentos que nasceu a psiquiatria como campo da ciência destinado ao tratamento, diagnóstico, classificação e observação de tudo que é considerado estranho ao padrão moral e comportamental da sociedade. Para Amarante (1996, p. 41) “a psiquiatria enquanto ciência determina o que é normal e o que é patológico”.

Neste contexto tão importante da reforma psiquiátrica, foi abordado o tema com os profissionais, questionando-os se conheciam a reforma psiquiátrica e suas respostas

demonstram que a efetivação desta reforma ainda não é realidade para os profissionais de saúde do município de Cruz Alta-RS.

Tabela 6- Conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica

Conhece a Reforma Psiquiátrica?	Enfermeiros		ACS		Profissionais CAPS AD	
	f	%	f	%	f	%
SIM	2	50,0 %	1	7,77%	4	100,0 %
NÃO	2	50,0%	8	61,51%	-	0,0%
Não respondeu	-	0,0%	4	30,72%	-	0,0%
TOTAL	4	100,0%	13	100,0%	4	100,0%

As respostas de 50% dos Enfermeiros dão evidências de desconhecimento do assunto. Já, para os ACS mesmo tendo participado de curso de formação sobre o assunto ainda demonstram desconhecimento, pois apenas um diz conhecer os principais pontos da reforma psiquiátrica. O conhecimento pleno se evidencia apenas entre os profissionais que atuam no CAPS AD, pois estes Profissionais responderam que conhecem os principais pontos da Reforma Psiquiátrica. Ainda sobre reforma psiquiátrica, indagamos se ela afetava/afetou seu trabalho, e para os mesmos 50% dos enfermeiros que relataram desconhecer os principais pontos da reforma psiquiátrica, “*não afetou em nada*”. Os Enfermeiros que referiram conhecer a reforma psiquiátrica falaram em “*humanização*” dos atendimentos. Perguntados sobre a mesma questão, os ACS, demonstraram desconhecer ou não terem sido afetados em nada no seu trabalho pela reforma psiquiátrica. Os Profissionais CAPS AD, questionados como a reforma psiquiátrica afetou/afeta o seu trabalho demonstram que tem dificuldades em serem compreendidos pelas comunidades, pacientes, familiares e até mesmo pelos profissionais de saúde que desconhecem ou não a aceitam, e que ainda gostariam de segregar, isolar, manter afastado o doente mental.

Conforme Cunha (2010) o principal desafio dos CAPS é o de atuar de forma diferente da lógica da tutela e da não emancipação dos seus usuários que por muito tempo foi a marca característica dos grandes manicômios. Este desafio está implícito nas falas dos profissionais do CAPS AD, que demonstram angústia por não conseguirem que a teoria da reforma psiquiátrica se efetive na prática de seu trabalho diário. Questionou-se ainda sobre a Rede de Atenção em

Saúde Mental no Município de Cruz Alta, especificamente para usuários de *Crack*. Os Enfermeiros da Atenção Básica não sabem discorrer sobre o assunto por falta de conhecimento específico sobre o *Crack*. Os ACS também foram questionados sobre a rede de saúde mental no município, especificamente sobre *Crack*, e em suas falas o único conhecimento que têm é de como internar o paciente, que deve ser encaminhado para o CAPS AD, e que este trâmite pode inclusive ser feito através de vias judiciais. Os Profissionais do CAPS AD também foram questionados sobre o mesmo assunto e para estes existe falta de interesse político dos Gestores para que a rede se construa e seja efetiva. Suas falas demonstram que as políticas de saúde mental são fracas e imaturas.

A equipe não possui treinamento em saúde mental, os médicos que atendem os pacientes são generalistas, não há a presença de psiquiatras, as acomodações não são adequadas para a realização de atividades alternativas ou reabilitadoras, nem mesmo físicas. Os pacientes têm um ambiente de convivência não apenas com dependentes químicos, mas também para portadores de transtornos mentais. Permanecem em uma sala com televisão, chimarrão e jogos de baralho, ou deitados em seus leitos em quartos coletivos, sendo que a maior parte do tempo eles ficam na ociosidade. A OMS aponta a ênfase dada a Reabilitação Psicossocial a qual deve orientar a construção de novas práticas que tenham como objetivo: a emancipação (*empowerment*) dos utilizadores; a prevenção e combate ao estigma e à discriminação; o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um sistema de suporte continuado (a médio e longo prazo) apresentando uma nova condição social e criando uma vertente de novos valores socioculturais a serem apreendidos (Assis, 2004).

Com esta pesquisa, também se percebeu que acontece um círculo vicioso, onde o usuário é encaminhado pelo ACS para a ESF, que o encaminha ao CAPS AD, de lá por vários motivos, inclusive desconhecimento da reforma psiquiátrica e política de desospitalização e luta antimanicomial ele será encaminhado para hospitalização e posterior à desintoxicação retornará para a comunidade sem que mudanças efetivas tenham acontecido, há recaída e retorno ao ciclo vicioso, conforme descrito na figura 4.

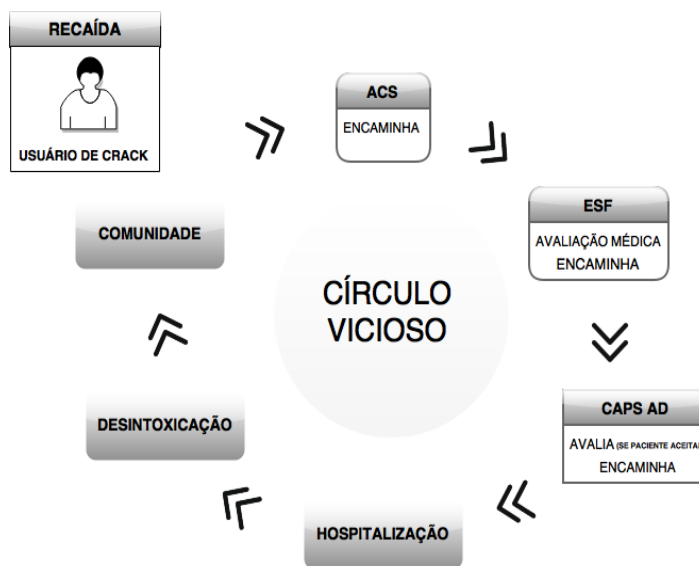


Figura 4 – Círculo Vicioso do “Tratamento” dos Usuários de Crack.

A legislação preconiza haver um envolvimento de todos os setores para que a recaída não aconteça. Todos se responsabilizam pelo usuário, através da redução de danos, acolhimento acompanhamento ambulatorial nas ESF, com os ACS e demais profissionais de saúde envolvidos com a família, escola, geração de renda e busca de valores de cidadania, inclusive com medidas preventivas e protetivas, para que não haja isolamento social e busca pela valorização do indivíduo em sua própria comunidade. Quando eles retornam da internação, normalmente o hospital informa a SMS, que o mesmo está de alta, e esta encaminha um carro com um motorista para buscá-lo e deixá-lo no endereço informado na internação. Não há durante este período nenhum vínculo do serviço ou visitas de acompanhamento de qualquer membro da equipe de saúde mental. Da mesma forma, a família também não se prepara para o retorno. Não há qualquer tipo de acolhimento destes indivíduos que busque encaminhá-lo para um serviço de referência na tentativa de reabilitá-lo para a retomada de uma vida social.

Os diversos segmentos fazem o jogo de faz de conta, tanto os que tratam como os que recebem o tratamento, acolhem e isto revela a falta de preparo de todos para que as necessidades sejam realmente atendidas. Neste jogo muitos recursos são gastos sem nenhuma efetividade. Por isso, a seguir se organizou um fluxograma (Figura 5) em que o CAPS aparece como principal articulador da rede intersetorial em saúde mental. Este fluxograma foi adaptado de Cunha (2010) que organizou inspirado nos Cadernos de Saúde Mental no SUS: Os Centros

de Atenção Psicossocial do MS (Brasil, 2004). Este seria o fluxograma ideal para a saúde mental.

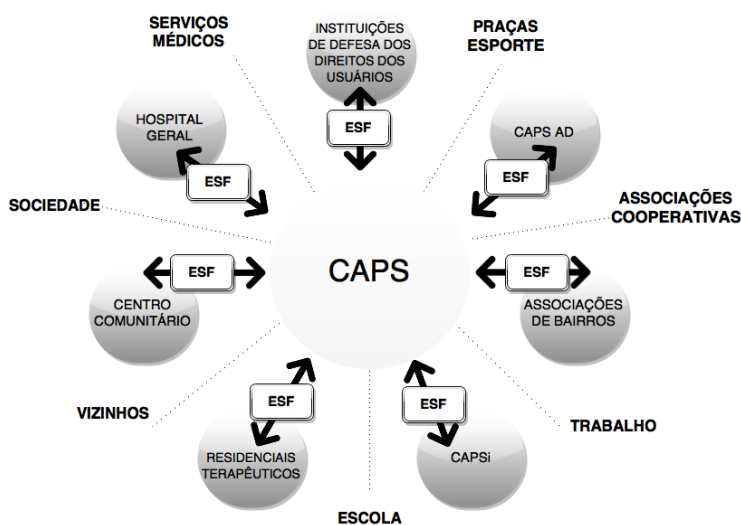


Figura 5– CAPS como principal articulador da rede intersectorial em saúde mental.

Fonte: Adaptado de Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde 2004 citado por CUNHA, Leonardo de Santi Helena. Trabalhadores de um serviço residencial terapêutico de Porto Alegre e a reforma psiquiátrica. 2010. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade

Católica do Rio Grande do Sul.

Considerações Finais

Essa pesquisa demonstra que mesmo o *Crack* sendo um problema de saúde pública, efetivamente não se opta por medidas maduras e eficazes no seu enfrentamento. Muitos recursos são gastos sem nenhuma efetividade. A reforma psiquiátrica não aconteceu na prática. Os cursos de formação em saúde não se adequaram para que ela aconteça, e continuam formando profissionais de saúde com visão hospitalocêntrica e de isolamento do indivíduo. Medidas preventivas e educativas deixam de acontecer. As famílias e as comunidades da mesma forma, não acolhem seu doente de forma a reinseri-lo na sociedade e empoderá-lo para que possa enfrentar o vício.

Assim, a sociedade, de forma geral, tem pago um alto custo por essa imaturidade, que permite que esse flagelo continue vitimando milhões de pessoas, cada vez mais jovens. É necessário que o jogo de “faz de conta” acabe, e que o cuidado de saúde mental e mais especificamente do uso e abuso do *Crack* seja enfrentado com medidas bem mais eficazes e profissionais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 1996.

ASSIS, E. Arte e oficinas terapêuticas em tempos de reconstrução. In: COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. (Orgs). **Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras**. **Repositório Arca FioCruz**, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10019/2>. Acessado em: 25 de janeiro de 2017

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS** - CEDI LEI Nº 10.216, de 6 de abril de 2001

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: Portaria Nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília-DF, 2006. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (SENAD). **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua**. Organizadores : Antonio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério. Salvador: CETAD, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS. **Saúde mental**. Brasília-DF, 2013b. (Caderno de Atenção Básica, n.34.)

CUNHA, Leonardo de Santi Helena. **Trabalhadores de um serviço residencial terapêutico de Porto Alegre e a reforma psiquiátrica**. 2010. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2010.

FIGUEIREDO, M,D.; CAMPOS, R.O. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 123-149, jan/dez. 2008.

GARUZI, Miriane *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GIROTI, Suellen Karina de Oliveira; NUNES, Elisabete de Fátima polo de Almeida; RAMOS, Mara Lúcia Rocha. **As práticas das enfermeiras de uma Unidade de Saúde da Família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional**. Seminário: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, jan./ jun. 2008.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. **O Tratamento do Usuário de Crack:** Avaliação clínica, psicossocial neurológica e de risco, terapias psicológicas, farmacoterapia e reabilitação, ambientes de tratamento. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

RIBEIRO, Carla et al. **Redução de danos e seus princípios: uma revisão sistemática na saúde coletiva.** Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Repositório Institucional da UFSC : Biblioteca on line. Florianópolis, SC, 2015.

VIEIRA, Felipe Crepker; PASSARO, Rubens. **O crack sob uma perspectiva de saúde pública.** Centro de estudos estratégicos da Fiocruz. 2015, <http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/407>. Acessado em 14/3/2017.