

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TACIANA DE OLIVEIRA

**O SERVIÇO DE ENCAMINHAMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NUM CAPS AD DO MUNICÍPIO DE OURO PRETO –
MG;**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TACIANA DE OLIVEIRA

**O SERVIÇO DE ENCAMINHAMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NUM CAPS AD DO MUNICÍPIO DE OURO PRETO –
MG;**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em
Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção
Psicossocial do Departamento de Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina como requisito
parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dra. Maria Itayra Padilha

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **O SERVIÇO DE ENCAMINHAMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NUM CAPS AD DO MUNICÍPIO DE OURO PRETO – MG**; de autoria do aluno Taciana de Oliveira foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção psicossocial.

Profa. Dra. Maria Itayra Padilha
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

Ao meu senhor Deus, dando-me saúde e vontade de vencer, principalmente nos momentos em que tudo parecia perdido, sem Sua presença em minha vida, com certeza seria impossível! Aos meus familiares, amor, filho e amigos, que carinhosamente conviveram comigo durante essa caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus por tantas oportunidades concedidas e pela Sua presença infinita em minha vida. A minha mãe Ana Rosa à minha irmã Larrubia pelo amor incondicional e ajuda durante todos os momentos da minha vida. A minha amiga Fernanda, pela amizade e companheirismo. Minha avó Efigênia, um exemplo de humildade e humanismo. Ao meu namorado Gilberto pela paciência, força, amor... E por estar ao meu lado. Aos meus sogros Gilberto e Dorinha pela força, amor e apoio. Aos meus queridos amigos, por sempre me apoiarem e acreditarem em mim. Aos colegas do CAPS-ad pelo apoio e compreensão.

A minha tutora, Saionara! Dedicada, prestativa e por ter sido disponível! A minha Orientadora Itayra pelo apoio e atenção. Enfim, a todas as pessoas que torceram, acreditaram e estiveram presentes nesta etapa da minha vida, meu sincero: **MUITO OBRIGADA!**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO.....	2
2.1. Objetivo Geral.....	2
2.2. Objetivos Específicos	2
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	2
4. MÉTODO.....	11
5. RESULTADO E ANÁLISE	12
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
7. REFERÊNCIAS	21
8. ANEXOS.....	23

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: AMOSTRAGEM DE PRONTUÁRIOS/FICHAS DE ACOLHIMENTO INCLUÍDOS NO LEVANTAMENTO DE DADOS. OURO PRETO, 2014.	13
FIGURA 2: RELAÇÃO DA QUANTIDADE DE CID POR GÊNERO DOS PACIENTES ACOLHIDOS NO CAPS-AD DE OURO PRETO - MG.....	14
FIGURA 3: REFERENCIAMENTO DA REDE MICRORREGIONAL PARA O CAPS-AD DE OURO PRETO – MG.	16
FIGURA 4: MÉDIA DO TEMPO EM ANOS DE CONSUMO POR CID.....	18

RESUMO

Trata-se de um estudo realizado no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas (CAPS-ad) de Ouro Preto-MG, e teve como objetivo analisar a demanda de pacientes encaminhados ao centro de atenção psicossocial. Para o estudo foram analisados 248 registros do CAPS-ad, sendo coletadas informações como: Sexo, diagnóstico, tempo de uso, tipo de substância e tipo de encaminhamento. As fragilidades observadas no sistema de referência da rede de saúde mental de Ouro Preto e região apontam a necessidade de oferecer elementos normativos que viabilizem a extensão e qualidade da assistência e prevenção aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras drogas. A falta desses elementos impulsiona a rede de atenção à saúde a repetir o risco de fragilidade/ fragmentação da assistência. Busca-se através deste trabalho aprimorar o serviço de encaminhamento e acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas num CAPS ad do município de Ouro Preto – MG além de estabelecer um protocolo assistencial para interação da atenção primária e o CAPS ad.

Palavras-chave: Saúde mental, centro de atenção psicossocial, atenção básica, drogas lícitas e ilícitas.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), as Redes de Atenção à Saúde foram construídas mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais e cooperativos, voltadas para as necessidades da população com objetivo de oferecer atenção continuada, de qualidade e humanizada à saúde. Uma rede de atenção à saúde mental compõe-se de ações e de serviços diversos. Significa atender à necessidade territorial com qualidade tendo como objetivo aplicar as políticas públicas de saúde mental, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, onde os dispositivos se comunicam com os parceiros sociais na atenção aos usuários otimizando a utilização de recursos existentes.

Dentre os dispositivos que possibilitam identificar necessidades, demandas e serviços, definir ações de prevenção, assistência e reabilitação em saúde mental e; definir competências dos serviços, articular e organizar a rede de atendimentos estão os protocolos de Atenção em Saúde Mental.

Esse trabalho permitirá estabelecer ações de assistência integrada e articulada, definir os papéis de cada dispositivo de saúde da rede pública. Buscando construir um conjunto de “condutas” para a saúde mental, a partir de uma avaliação ampliada (feita pelos Serviços de Saúde mental do município em reuniões mensais) serão definidas as necessidades para atual realidade, de acordo com as competências de cada Serviço.

O cuidado à pessoa em sofrimento mental deve ser realizado no território, articulando serviços de saúde (CAPS, residências terapêuticas, hospitais-dias, hospitais-gerais, comunidades terapêuticas, unidades básicas de saúde, PSF) com a rede de assistência, educação, cultura, entre outros. De acordo com o Ministério da Saúde, (2006) a atenção básica tem papel estruturante nesse processo, por sua inserção no território onde os usuários vivem, se efetivando por meio de ações de prevenção e promoção de saúde.

Trata-se de um trabalho de co-responsabilização, com importante e fundamental participação dos integrantes da Rede. Devido ao caráter dinâmico de Rede de Saúde Mental, é necessário que o protocolo seja constantemente reavaliado, respeitando sempre os princípios do SUS, a integralidade e equidade da atenção e a incorporação de novos dispositivos assistenciais.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Compreender a dinâmica do o serviço de encaminhamento e acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas num CAPS ad do município de Ouro Preto – MG

2.2. Objetivo Específico

1. Verificar o serviço de encaminhamento e acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas num CAPS ad do município de Ouro Preto – MG;

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com (BRASIL, 2005) o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil aconteceu junto com a eclosão do “movimento sanitário”, na década de 1970, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a Reforma Psiquiátrica foi um processo político e social complexo, composto por protagonistas diferentes e variados: atores, instituições e forças de diversas origens, eclodindo em instancias variadas, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.(BRASIL,2005)

Pode-se definir esse movimento como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, que avança na realidade das instituições e serviços e nas relações interpessoais. Tem sido marcado por grandes desafios.

Schneider, (2009) destaca que a Reforma Psiquiátrica propiciou a vivencia de novas experiências no que diz respeito às abordagens terapêuticas e a assistência psiquiátrica referente à loucura. Ressalta ainda que o movimento tinha como propósito reivindicar a cidadania dos

portadores de transtorno psiquiátrico, oferecendo a estas pessoas atenção em saúde mental humanizada, lançando críticas as instituições manicomiais.

Souza, (2006) enfatiza que o Movimento procurava resgatar a história e oferecer uma “vida” aos doentes confinadas nos hospitais psiquiátricos, bem como induzir o sistema de saúde a criar modelos humanizados de cuidado. De cunho social, o movimento ampliou as discussões e reivindicações e propôs o fim do modelo psiquiátrico tradicional, onde a assistência e o saber médico era única fora de se “tratar” a loucura.

De acordo com Amarante, (2005) esse movimento instigou discussões a respeito das novas exigências políticas e éticas no contexto da nova política de Saúde Mental. A finalidade da Reforma Psiquiátrica baseou-se em transformar as relações e conceitos que a sociedade, e as instituições criaram com a loucura. Essas discussões objetivaram a superação do estigma, além de estabelecer como o portador de doença mental uma relação cuidado, solidariedade e respeito.

Diante da reforma psiquiátrica surgem novas discussões e novas formas de se pensar a saúde e a doença mental, bem como sua relação com a sociedade. Os debates refletiam sobre as relações de trabalho e a prática profissional, proporcionando assim, uma melhoria na qualidade de assistência em saúde mental oferecida. (Azevedo 2012)

De acordo com o Ministério da Saúde os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental em um determinado território e para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Sua implantação e qualificação vêm sendo incentivadas pelo Ministério da Saúde, de tal modo que o número de centros mais do que dobrou nos últimos cinco anos. Além disso, algumas portarias foram criadas para incrementar as políticas de financiamento e qualificação assistencial. (Brasil, 2007).

De acordo com Souza, (2006) os CAPS surgiram semelhantes aos Centros de Saúde Mental italianos, oferecendo cuidado intensivo ao portador de sofrimento mental seguindo a lógica de inserção social, vínculo, acolhimento diário. Atualmente, os CAPS ocupam papel importante na transformação das práticas de atenção em saúde mental. Ainda de acordo com o mesmo autor os serviços podem ser caracterizados por espaços sociais de produção de sujeitos sociais com sua subjetividade, espaços de convivência, socialização, cuidada e de inclusão. Serviços inovadores para um contexto onde prática médica era tradicional.

Segundo o Ministério da Saúde, (2006) o termo CAPS foi criado para caracterizar os serviços tidos como substitutivos, os quais surgiram como estratégia de enfrentamento ao modelo

assistencial tradicional. Atualmente, os CAPS são definidos pelo Ministério da Saúde como um serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território. Representam o articulador central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial.

A normatização do processo de criação dos CAPS no Brasil ocorreu em 2004, quando Ministério da Saúde (MS) os definiu como um serviço de saúde e comunitário do SUS e como um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais. (BRASIL,2004). A rede CAPS tornou-se uma ampla e moderna cobertura no âmbito da saúde mental no país. Estes centros são instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais, visa estimular a integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Os referidos centros possuem como característica principal buscar integrar os usuários a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Assim, estes serviços substitutivos constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica devendo funcionar como uma rede de cuidado que promova a inclusão social. (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da saúde o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas está destinado a atender adultos e/ou crianças e adolescentes, considerados as normativas do Estatuto da criança e do adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para usuários de crack, álcool e outras drogas em municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. (BRASIL,2006)

As Redes de Atenção à Saúde foram construídas mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais e cooperativos, voltadas para as necessidades da população com objetivo de oferecer atenção continuada, de qualidade e humanizada à saúde. Uma rede de atenção à saúde mental compõe-se de ações e de serviços diversos. Significa atender à necessidade territorial com qualidade tendo como objetivo aplicar as políticas públicas de saúde mental, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, onde os dispositivos se comunicam com os parceiros sociais na atenção aos usuários, otimizando a utilização de recursos existentes. (BRASIL,2006)

Quando articulamos a noção de rede ao conceito da integralidade do cuidado nas ações da clínica psicossocial, constatamos que a clínica da saúde mental não está restrita as instituições

tradicionais, ao contrário integra-se a um conjunto mais amplo de ações, que incluem a atenção básica, a estratégia de saúde da família, o território, a equipe de referência, o apoio matricial, a equidade, a intersetorialidade e a participação da comunidade, todos estes, conceitos constitutivos do campo da saúde coletiva. (Ballarin et al. 2011).

Sendo assim a estruturação e consolidação da rede de atenção à saúde mental depende da realidade territorial, do perfil epidemiológico, dos dispositivos existentes em cada município e dos avanços que cada região conseguiu adquirir.

A estruturação da rede de atenção em saúde mental é fundamental no processo de inclusão do usuário e conseqüente alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica: o resgate da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico. Assim, percebe-se a importância da organização e da articulação da rede de atenção em saúde mental, promovendo a vida comunitária e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os indivíduos a partir do seu território e subjetividade. (Tenório F, 2002. Apud Schneider ARS et al. 2009).

A Atenção Básica tem papel destaque no cuidado, pois a partir das diretrizes mundiais em saúde, foi preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ressaltando a importância da dos profissionais que atuam na atenção primária participarem do processo de reabilitação em saúde mental (Lancetti A et al. Apud Schneider ARS et al. 2009).

É necessário estabelecer processos contínuos de apoio mútuo, articulando recursos, pessoas e instituições, para podermos vislumbrar a possibilidade de mudanças nos mais diferentes campos conforme cita (Souza AC, 2006).

A saúde da família pode, por meio dos agentes de saúde, equipe multiprofissional e equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), estender suas práticas uma vez que atuam diretamente na comunidade.

As equipes do PSF, por sua proposta mesma de trabalho, costumam ter com sua clientela uma relação muito diferente daquela que se estabelece nas práticas mais tradicionais de Saúde. Conhecem seus pacientes, conversam com eles, entram em contato direto ou indireto não só com seus sintomas e doenças, mas com os mais diferentes aspectos de suas vidas. Esta lógica de trabalho contribui para ajudá-los a atender adequadamente o tipo de clientela que vem ocupando de forma indevida as agendas dos profissionais de Saúde Mental. (BRASIL,2006)

Através da Saúde da Família, o CAPS pode ocupar as ruas, a vizinhança, o território. A SF (saúde da família) poderia constituir um mediador de encontros, de saberes e práticas “não-especializadas”, de espaços não delimitados para a circulação da loucura. (Souza AC, 2006)

O estabelecimento de ações em conjunto entre a Saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família amplifica o potencial do CAPS como agenciador de novos modos de cuidado e estende a outros espaços a responsabilização pelo cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico. O CAPS pode funcionar como unidade de apoio para as equipes de Saúde da Família ou da Atenção Básica, porém são estas equipes que continuarão sendo referência para as pessoas. Não haveria transferência de responsabilidade, o CAPS funcionaria como uma unidade de apoio que viabilizaria melhor atenção às pessoas, prestada pelas equipes de Saúde da Família, caminhando no sentido da integralidade da atenção. Fazer saúde mental na rua, na comunidade, no bairro implica deixar de lado a regularidade mais ou menos segura dos serviços e ficar diante da imprevisibilidade radical da vida cotidiana. Portanto, não é tarefa fácil colocar-se diante do novo, da vida das pessoas, no meio dos acontecimentos; entretanto, é lá que é preciso estar, pois é lá que as coisas acontecem (Souza AC, 2004)

A SF poderia operar como dispositivo privilegiado da saúde mental para promover a inserção das pessoas em um território de abrangência, contribuindo para a transformação cultural da sociedade em relação à loucura, dado o modo de desenvolvimento de suas ações e tornando-se um dispositivo importante na Atenção Psicossocial, devido ao fato de que muitas pessoas se encontram em situação de institucionalização dentro de suas próprias casas. Sendo assim, a SF teria maior possibilidade de acesso e de vinculação a essas pessoas. A Saúde da família tem incorporado alguns conceitos trabalhados pela saúde mental, como responsabilização pela demanda, estabelecimento de vínculos e acolhimento. (Souza AC, 2006)

Essa articulação pode também ser justificada pelo fato de que as ações precisam ser desenvolvidas de acordo com a realidade da população, de acordo com seu estilo de vida, trabalho, educação, lazer, vulnerabilidade social para que sejam desenvolvidas práticas de atenção de acordo com a real necessidade da comunidade.

A saúde mental e a saúde da família têm ampliado suas possibilidades de atuação, transformando as práticas vigentes, tendo como lócus de ação o território. (Souza AC, 2006).

De acordo com o Ministério da saúde, embora seja imprescindível que as equipes do PSF adquiram noções básicas de Saúde Mental, existe um nível mais complexo de saberes desta área

que seus profissionais não são obrigados a conhecer. Portanto, cabe a equipe de Saúde Mental ajudar a abordagem destas questões, seja através de reuniões e de debates periódicos, seja no cotidiano do serviço – discutindo alguns casos, avaliando outros, recebendo aqueles que se agravam ou se complicam. (Brasil, 2006)

De acordo com a Secretaria de Saúde de Minas Gerais (2006), a união da saúde mental com saúde da família é realizável, desejável e indispensável. As equipes do PSF's, por sua idéia mesma de trabalho, costumam ter com a clientela uma relação muito diferente daquela que se tem nas práticas mais tradicionais de saúde. Conversam com seus pacientes, os conhecem, tem contato direto ou indireto não só com seus sintomas e doenças, mas com as mais diferentes áreas de suas vidas.

“Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.” (BRASIL, 2006, p.9)

CAPS Ouro Preto

O município de Ouro Preto dispõe de 3 equipes de Saúde Mental: CAPSI, CAPSi e CAPS-ad, sendo duas delas (CAPS-ad, CAPS - infantil) microrregionais, atendendo os municípios de Itabirito, Mariana e Ouro Preto para cada regional de saúde do município.

Como iniciativa para lidar com a problemática relacionada ao uso de álcool e outras drogas e os respectivos prejuízos sociais no município de Ouro Preto em julho de 2008 foi implantado o CAPS-ad. A microrregião dos Inconfidentes não dispunha de nenhum dispositivo do SUS com esta especificidade, assim a pactuação contemplou também os municípios de Mariana e Itabirito, funcionando como consórcio.

Hoje constam cerca de 1050 prontuários, com atendimentos diários em regime não-intensivo (até 3 atendimentos mensais), intensivo (permanência dia) e semi-intensivo (menos de 12 atendimentos mensais).

O CAPS-ad possui equipe multiprofissional formada por psicólogos, psiquiatra, enfermeiro, técnicos de enfermagem, assistente social, terapeutas ocupacionais, monitores de

oficina terapêutica (nível médio e superior), técnicos administrativos, etc. E dispõem de diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias. De acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, estes podem passar o dia todo na Unidade, parte do dia ou vir apenas para alguma consulta. Comparecendo todos os dias estarão em regime intensivo, alguns dias da semana em regime semi-intensivo e alguns dias no mês em não-intensivo. As necessidades de cada usuário e os projetos terapêuticos, compreendendo as modalidades de atendimento citadas e os tempos de permanência no serviço, são decididas pela equipe, em contato com as famílias também, e igualmente as mudanças neste projeto segundo as evoluções de cada usuário.

Entre os princípios fundamentais do CAPS AD estão, substituição do modelo hospitalocêntrico pelo modelo de atenção ao sujeito inserido no núcleo familiar e na comunidade, promovendo reinserção social; o funcionamento de portas abertas, atendendo a toda demanda referente ao uso de álcool e outras drogas. O usuário é identificado (pela Unidade básica de saúde, UPA, Hospital Geral, CAPS1, CAPS infantil, Policlínica, CRAS ou por demanda espontânea) encaminhado, acolhido por um profissional de saúde mental e avaliado. Confirmado o “diagnóstico” é definido seu projeto terapêutico e o paciente é acompanhado.

Os indivíduos que buscam o CAPS-AD por demanda espontânea, são acolhidos e avaliados por um dos membros da equipe (Técnico de nível superior). Os casos que após a avaliação não tem necessidade de acompanhamento nesse Serviço, não são encaminhados ao PSF de sua área de residência, devido a falta de preparo de capacitação das mesmas pra lidarem com esse público. Sendo assim, os pacientes ficam sob cuidados nos CAPS gerando sobrecarga da equipe.

Um dos grandes desafios dos dispositivos de toda Rede de atenção à saúde é unificar esforços para levar atendimento de saúde a todos seja na área de prevenção ou atendimento. Para isso faz-se necessária maior aproximação dos dispositivos de saúde, formulação conjunta de protocolos e fluxos, troca de experiências e capacitações. Além da saúde, os demais equipamentos públicos e não governamentais tem que ser convidados a provocados intensamente para ampliação da rede. Alguns já se fazem presentes como diversas secretarias municipais, poder judiciário e ministério público, conselhos municipais de saúde, mas não há muito que se fazer.

Há conhecimento, por parte da equipe no que tange desinstitucionalização, mas encontramos dificuldades em aplicar na prática. A situação atual do CAPS-AD “obriga” de certa forma, que trabalhe, algumas vezes, nos modelos da institucionalização uma vez que alguns usuários não têm o suporte familiar, social, cultural e acaba se vinculando cronicamente ao Serviço. Muitos tendo recaídas severas todas as vezes em que lhes são propostas alternativas de desvinculação (parcial) com o CAPS. (Isso para nos mostrar o quanto estão “vulneráveis e despreparados para seguir novos rumos”).

Existem diversos dispositivos na Rede de Atenção, porém o Sistema de referência e contra referência são falhos. Essas questões são complexas e devem ser discutidas em Rede. Para serem pensadas juntas, pois dizem da postura profissional, da condução do tratamento e da evolução.

Os pacientes do CAPS-AD estão institucionalizados, com poucas altas e a Permanência Dia ocorre em "pacote" (todos têm que fazer de tudo. Nada é individual.). Mesmo que contra os princípios dos membros da Equipe e até mesmo da Reforma psiquiátrica, as internações involuntárias em Hospitais psiquiátricos e internações em comunidades terapêuticas são expressivas.

Quando as possibilidades de tratamento extra-hospitalar se esgotam e o indivíduo apresenta risco para si mesmo ou para outros, são encaminhados para os Hospitais psiquiátricos (Belo Horizonte), os quais não fazem parte da RAPS (Portaria 3088/2011).

Essas internações ferem os princípios de que todo doente mental e/ou usuário de álcool e outras drogas têm direito de ser tratado sem qualquer tipo de discriminação, direito a não ser internado em local com características asilares ou desprovidos de recursos que assegurem assistência integral, direito a ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, ter acesso ao melhor tratamento do SUS (o direito a internação, quando necessária, em leitos de Hospital geral está consagrada na IV conferência Nacional de Saúde).

De acordo com o Ministério da saúde, (2006) a Unidade básica de saúde, tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado de transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidados para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre com os demais dispositivos da Rede, participando dos processos de construção do Projeto Terapêutico Individual. (BRASIL, 2006).

Ramalho (2011) relata que a abordagem aos usuários de álcool e de outras drogas será sempre infrutífera se não buscar formas de articular-se intersetorialmente através da rede de cuidados.

Temos enfrentado muitos desafios e o CAPS-ad de Ouro Preto ainda não se consolidou como referência em atendimento aos usuários de álcool e drogas do município e região. Um de nossos primeiros desalinhamentos está na falta de articulação com a Rede, principalmente a Atenção básica. Não contamos com leitos no hospital geral para assegurar retaguarda noturna aos casos mais graves. Pacientes mais comprometidos clinicamente ou que estão passando por momentos de maior “fissura”, em geral no início do tratamento.

Outro dificultador para muitos pacientes darem início ao tratamento é a distância física entre os distritos de origem e a sede, onde fica localizado o CAPS-ad. A Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde afirma que a média de tempo para pessoas que começam a apresentar problemas decorrentes do uso de álcool e buscarem por cuidados é de cinco anos. Isto evidencia falta de acesso dos usuários a práticas de cunho preventivo, ou a ausência de efetividade das mesmas.

Os encaminhamentos entre os serviços constituem-se o motor da integração entre eles. Na RAPS de Ouro Preto-MG esse processo não é claro, padronizado. O CAPS-ad recebe encaminhamentos equivocados os quais deveriam ser acompanhados em outro nível de atenção devido a falta de articulação entre os dispositivos.

A equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), que é interdisciplinar tem, em face das demandas em saúde mental, função de regular os fluxos, permitindo diferenciar os casos que são da Atenção Básica e os do CAPS, sob a coordenação desse último. Entretanto, se não ocorre o matriciamento, existe uma dificuldade na definição de quais os casos do CAPS ou da Atenção Básica. Para se implantar o matriciamento são necessários profissionais suficientes, caso contrário, ficam sobrecarregados, o que em última instância coloca para aquela pessoa que teve alta do CAPS, a desassistência e a falta de apoio à reinserção social.

Para Machado, (2008) são necessárias articulações entre os níveis primários e especializados para que a demanda em saúde mental seja acompanhada.

Bezerra e Dimenstein, (2008) afirmam que a partir da implementação do apoio matricial, dificuldades entre a articulação do CAPS com a Atenção Básica minimizadas, uma vez discutidos os casos e encontradas saídas em conjunto.

O encaminhamento pode ocorrer por telefone, formulário de referência e contra referência (por escrito), da Atenção Básica, que o faz para o CAPS-ad ou vice-versa. Esse encaminhamento deve se completar com acompanhamento das demandas que foram encaminhadas tanto no CAPS quanto na Atenção Básica.

Durante quase dois anos de trabalho no CAPS-ad, pude observar o encaminhamento inadequado de pacientes para este centro, visto que o PSF de sua comunidade poderia suprir suas necessidades. Sabemos que existem vários fatores que podem não permitir o devido encaminhamento para CAPS: Falta de preparo dos servidores da atenção básica na identificação dos casos que realmente são necessários serem encaminhados ao CAPS, agenda do PSF cheia não priorizando este atendimento, falta de recursos e falta de informação do paciente e da família sobre qual tratamento adequado.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo documental que tem por objetivo verificar o serviço de encaminhamento e acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas num CAPS ad do município de Ouro Preto – MG.

Analizando o Serviço de Referência e contra referência e acompanhamentos dos usuários de álcool e outras drogas na Rede de Saúde do Município de Ouro Preto-MG visando criar um protocolo assistencial para interação da atenção Primária e o CAPS-ad.

O CAPS-ad é referência em assistência a usuários de álcool e outras drogas, da microregião englobando os municípios Itabirito, Mariana e Ouro Preto.

Este estudo foi realizado em um CAPS-ad no município de Ouro Preto/MG. Sendo uma instituição pública que deve atender pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O município de Ouro Preto possui área de 1.248,6 km² e está localizado na Serra do Espinhaço, Zona Metalúrgica de Minas Gerais (Quadrilátero Ferrocolífero). Tem altitude de 1150 metros e seu ponto mais alto do município é o Pico do Itacolomi, a 1772 metros. Faz parte da microrregião dos Incodidentes, juntamente com os municípios de Itabirito e Mariana. De acordo com o último senso do IBGE, em 2010 sua população estava estimada em 70.281 habitantes, distribuídos entre a sede e treze distritos. Acrescenta-se a este contingente a população flutuante de estudantes da Universidade, dos cursos técnicos e tecnológicos, assim como trabalhadores que vem atuar nas mineradoras, estima-se que a população geral esteja em torno dos 80.000 pessoas. Conhecida mundialmente por seu patrimônio cultural e apresenta arquitetura em estilo colonial

português a cidade tem sua economia fortemente apoiada em atividades industriais, principalmente na mineração e metalurgia e pela comunidade estudantil. Isso porque, possuiu um dos maiores e melhores centros de ensino e pesquisa a Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), além de outras instituições de ensino superior.

Atualmente a cidade dispõe de uma rede de assistência a saúde mental bem estruturada e efetiva, devido ao processo de intervenção e desospitalização psiquiátrica dos usuários, distribuída da seguinte forma: 1 CAPS I; 1 CAPS ad; 1 CAPS infanto-juvenil; 1 unidade de Acolhimento Infantil pactuada; 1 Residências Terapêutica pactuada; 1 CAPS ad III em processo de efetivação.

Após análise dos prontuários, foram selecionados 243 documentos que se enquadraram dentro das características necessárias para a pesquisa, de um total de 248 catalogados no período de maio de 2012 a março de 2014. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário indicado como ANEXO 1, contendo os dados necessários para a realização da pesquisa, tais como: substância utilizada, tempo de uso, adscrito em PSF, demanda (encaminhamento).

Os resultados obtidos nos prontuários foram tabulados e avaliados, utilizando-se o programa Sistema para Análises Estatísticas – SAEG (2007), para avaliar a prevalência dos encaminhamentos e acompanhamentos nos últimos dois anos.

4. RESULTADO E ANÁLISE

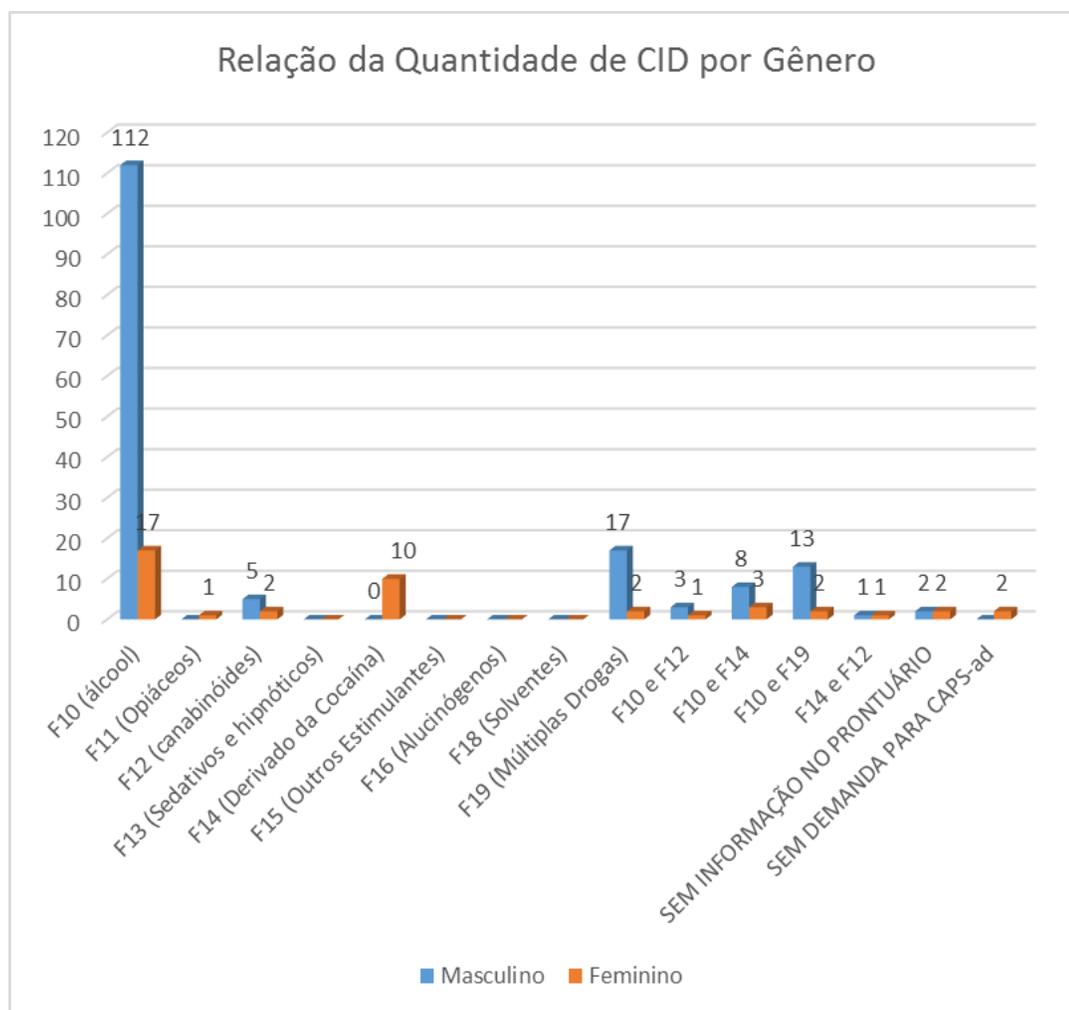
Os resultados serão apresentados por meio de figuras, com o objetivo de facilitar a compreensão dos leitores acerca dos resultados.

Figura 1: Amostragem de prontuários/fichas de acolhimento incluídos no levantamento de dados. Ouro Preto, 2014.



Foram utilizados na pesquisa 248 registros (Figura1) dos quais 243 foram incluídos, três(3) estavam em branco, um (1) estava em duplicidade e um (1) não foi localizado. Este dado indica uma ótima abrangência de informações.

Figura 2: Relação da quantidade de CID por Gênero dos pacientes acolhidos no CAPS-ad de Ouro Preto - MG.

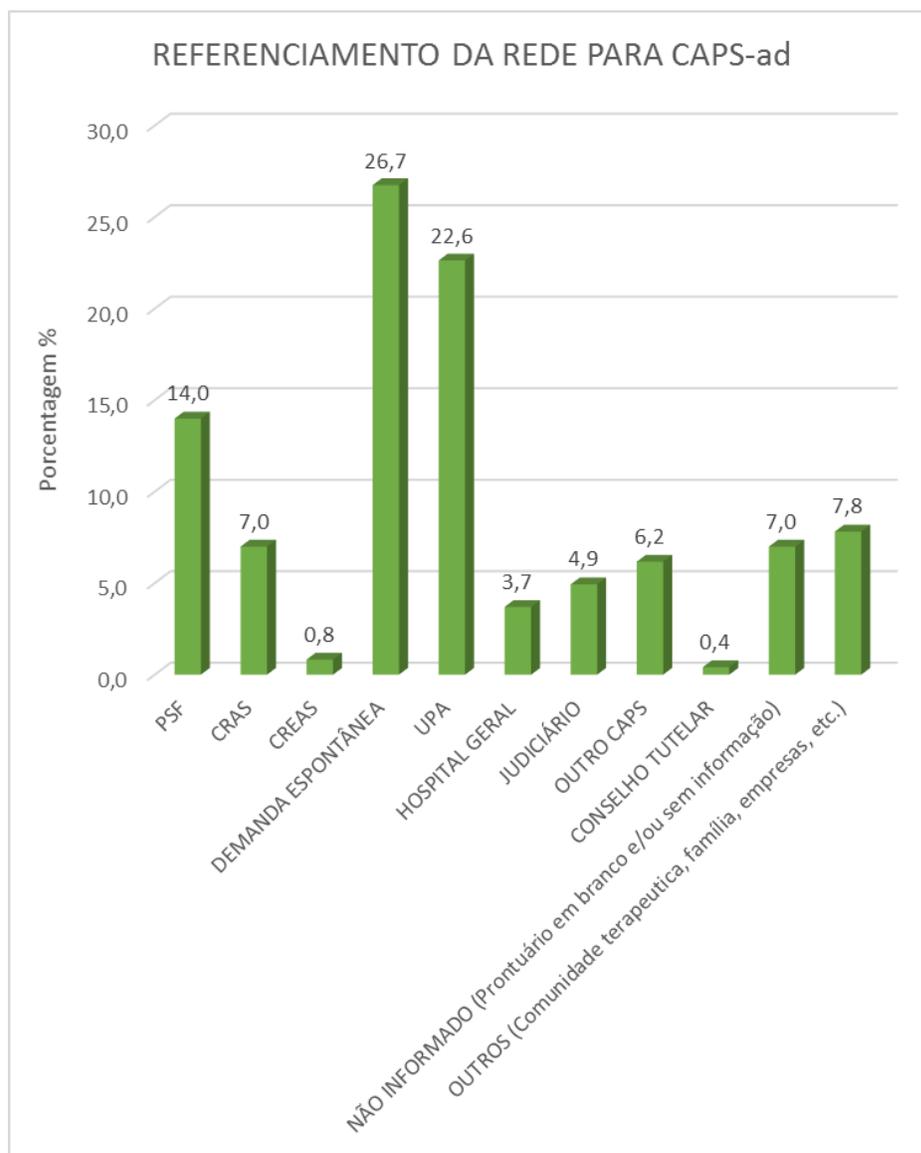


De acordo com a (Figura 2) nota-se que há grande demanda de pacientes do sexo masculino: 200 acolhimentos (82,3%), enquanto o sexo feminino aparece com menor frequência: com 43 acolhimentos (17,6%). Em ambos os sexos prevalece o transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool (CID F10), que no sexo masculino representa 56% (112 acolhimentos) e no feminino 39,5% (17 acolhimentos). Os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de derivados da cocaína aparecem em segundo lugar, estando presente em 39 acolhimentos masculinos (19,5%) e 10 acolhimentos femininos (23,2%).

Ainda de acordo com (Figura 1) o uso de múltiplas drogas também foi expressivo em ambos gêneros: 42 acolhimentos (21%) no sexo masculino e 9 (20,9%) no sexo feminino. Dentro dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas foi possível

analisar quais as drogas de escolha. No sexo masculino contabilizaram-se 17 acolhimentos (8,5%), nos quais não foi possível distinguir as drogas de escolha. Treze (6,5%) desses acolhimentos mostraram preferência por álcool e múltiplas drogas; três acolhimentos mostraram preferência por álcool e canabinóides; um mostrou preferência por derivados da cocaína e canabinóides; e, oito apontaram preferência para álcool e derivados da cocaína. Em dois (2) registros do sexo masculino não foi possível levantar essas informações. No gênero feminino esses valores foram: dois mostraram preferência por múltiplas sem possibilidade de diferenciar as drogas de escolha; dois mostraram preferência por álcool e múltiplas drogas; um mostrou preferência por álcool e canabinóides; 1 mostrou preferência por derivados da cocaína e canabinóides e três demonstraram preferência por álcool e derivados da cocaína. Em quatro dos registros femininos, não foi possível levantar essas informações.

Figura 3: Referenciamento da Rede microrregional para o CAPS-ad de Ouro Preto – MG.



A figura 3 mostra o sistema de referenciamento da Rede para o CAPS-ad. Nota-se que 26,7% dos acolhimentos foram feitos por demanda espontânea, seguido por 22,6% dos encaminhamentos da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Município. Os encaminhamentos feitos pela Atenção Básica correspondem a 14% o que não é satisfatório, uma vez que o Ministério da Saúde preconiza que esses serviços tenham papel articulador. (Onocko-Campos, 2006).

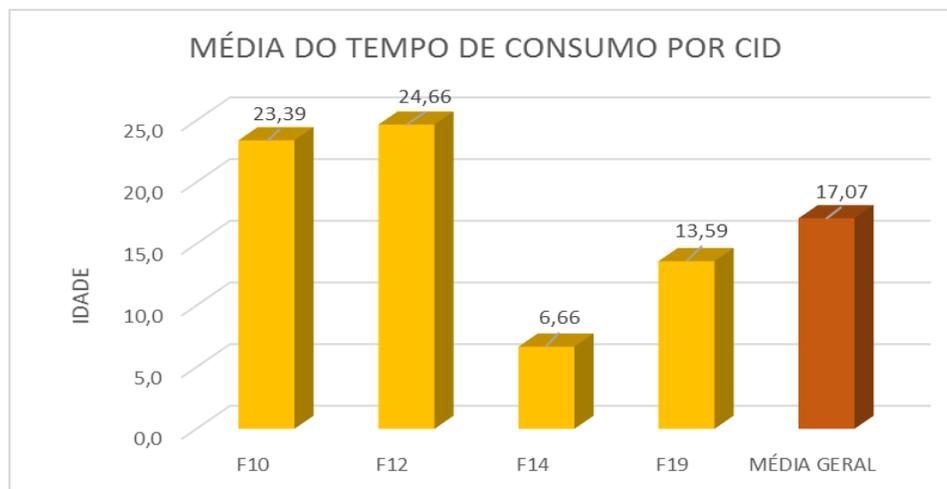
O modelo de atenção primária adotado pela Secretaria de Saúde do Município de Ouro Preto é o Programa Saúde da Família (PSF), as equipes têm uma população delimitada sob a sua responsabilidade, localizadas em determinado território geográfico.

As equipes devem atuar com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde da comunidade de abrangência de cada equipe. Caracterizam-se também como a porta de entrada de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado de saúde. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes do PSF se apresentam como um recurso para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico. Até o momento, Ouro Preto conta com de 31 unidades e 20 equipes de PSF. Como algumas destas equipes atendem aproximadamente 5 mil habitantes, um estudo está sendo realizado para ampliar o número de equipes.

A área que cada Equipe de Atenção Básica vai intervir é sempre composta pelas famílias, amigos e sua relação com a comunidade e com o meio ambiente. O cotidiano dessas equipes vem demonstrando que os problemas de saúde mental fazem parte de sua realidade. Cada equipe do PSF (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde) esta encarregado da cobertura de ate 1.000 familiares, ou cerca de 3.400 pessoas de um município ou bairro. (BRASIL, 2005).

Sendo assim, nota-se que um fator dificultador para a consolidação da articulação entre a Atenção Básica e a rede de Saúde Mental pode ser o numero insuficiente de equipes para atender a demanda da população bem como a falta de capacitação das equipes. Esse despreparo é um obstáculo real a ser ultrapassado. Cursos de capacitação em Saúde Mental, a disponibilidade das equipes dos PSF's é essencial; cabe-lhe ajudar na abordagem destas questões, seja através de reuniões e de debates periódicos, seja no cotidiano de serviço - discutindo alguns casos, avaliando outros, encaminhando aqueles que se agravam e ou se complicam são de extrema importância. (BRASIL, 2006).

Figura 4: Média do tempo em anos de consumo por tipo de diagnóstico de substância de escolha, Ouro Preto/MG, 2014.



Em relação ao tempo de uso das substâncias (Figura 4), houve uma média geral de 17,07 anos. Esse dado foi levantado a partir de 150 registros, uma vez que não haviam informações suficientes nas fichas de acolhimento. Mas nota-se o uso crônico de substâncias e percebe-se que esses usuários são encaminhados já numa fase avançada do transtorno. A média, em anos, dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool foi de 23,39 anos, seguida 13,59 anos de Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas, (nas quais se incluem crack, cocaína, maconha, álcool, solvente) e 6,66 anos de Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína/crack. O uso de maconha apresentou média elevada (24,66 anos), no entanto, foram contabilizados apenas três casos de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de maconha unicamente.

Na organização das informações, as categorias corresponderam, à articulação na perspectiva do CAPS-ad. A partir disso buscou-se descrever a articulação e discussão com o referencial teórico de sustentação da pesquisa, descrito no presente trabalho.

As fragilidades observadas no sistema de referência da rede de saúde mental de Ouro Preto e região apontam a necessidade de oferecer elementos normativos que viabilizem a extensão e qualidade da assistência e prevenção aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras drogas. A falta desses elementos coloca a rede de atenção a saúde a repetir o risco de fragilidade/ fragmentação da assistência.

Alguns protocolos podem ser formulados a partir dos achados e servirem de subsídio para a necessária e permanente reformulação das políticas públicas da microrregião. Esses protocolos têm como objetivo padronização de ações que proporcionem a construção de vínculos psicossociais e qualidade de assistência aos portadores de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras drogas informar/orientar a equipe de PSF sobre esses transtornos, permitindo que esses pacientes possam ser vinculados aos PSFs e assistidos. Além de oferecer condições de se tratar esses pacientes dentro da estratégia de saúde da família.

O Protocolo de Atenção em Saúde Mental é um guia para conhecimento da rede de Saúde Mental de Ouro Preto e dos recursos terapêuticos nela existentes. Nasce da necessidade de se articular os dispositivos da Rede de assistência que possam garantir acesso aos recursos existentes, ampliando o alcance das ações de saúde dirigidas à parcela da população usuária de álcool e drogas no município.

Tal protocolo constituirá como um documento que visa fomentar a discussão, entre todos os atores sociais que integram a rede assistencial do município envolvido, dos fluxos de atendimento, da diversidade de demanda, da complexidade do campo da saúde mental, tendo a atenção básica como porta de entrada, com vistas à garantir um atendimento pleno aos usuários do sistema, e efetivando princípios da reforma sanitária e psiquiátrica.

Os métodos a serem utilizados baseiam-se em identificar e convidar os diversos serviços de Atenção Básica que participam da rede de atenção em saúde com representantes multiprofissionais. Apresentação de um roteiro comum para todos adaptado para a realidade local, porém baseado nas recomendações do Ministério da Saúde; apresentação das condutas e fluxo recomendados pela RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) com adaptação para os recursos locais.

Esse trabalho permitirá estabelecer ações de assistência integrada e articulada, definir os papéis de cada dispositivo de saúde da rede pública. Buscarse-á construir um conjunto de “condutas” para a saúde mental, a partir de uma avaliação ampliada (feita pelos Serviços de Saúde mental do município em reuniões mensais) definindo-se as necessidades para atual realidade, de acordo com as competências de cada serviço.

Trata-se de um trabalho de co-responsabilização, com importante e fundamental participação dos integrantes da Rede.

Devido ao caráter dinâmico de Rede de Saúde Mental, é necessário que o protocolo seja constantemente reavaliado, respeitando sempre os princípios do SUS, a integralidade e equidade da atenção e a incorporação de novos dispositivos assistenciais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Obtivemos com o estudo, que a maioria dos pacientes foram encaminhados ao CAPS, pelo serviço de urgência (UPA) bem como por demanda espontânea. Alguns fatores que podem explicar a desassistência desses usuários pela atenção básica são a falta de capacitação e preparo das equipes de PSF, o que não é coerente, visto que a demanda de pacientes com transtornos mentais vem a cada dia aumentando. Os profissionais para desempenhar um papel efetivo na saúde mental devem estar devidamente preparados (capacitados) para o mesmo. E a capacitação destes profissionais pode estimular novos pensamentos sobre compromisso, aceitação, humanização, co-responsabilização e liberdade, e tornar a equipe de PSF mais atuante a área de saúde mental.

Na complexa discussão acerca das características da articulação entre o CAPS e a Atenção Básica ficou evidente o processo ainda lento da articulação da Rede.

A fragilidade observada no sistema de referência da Atenção Básica para o CAPS-ad aponta a necessidade de oferecer elementos que viabilizem a assistência. Algumas recomendações podem ser formuladas a partir dos achados da pesquisa e servirão como subsidio para a necessária a reformulação das políticas de assistência aos portadores de transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool e drogas: Capacitação, educação continuada, definir porta de entrada para o CAPS e inserção territorial, criação de fluxogramas, protocolos operacionais, dentre outras.

O protocolo, objetivo desse trabalho, permitirá estabelecer ações de assistência integrada e articulada, definir os papéis de cada dispositivo de saúde da rede pública e servirá de subsidio para dinamismo da Rede, bem como para se prestar uma assistência integrada e de qualidade ao população alvo.

6. REFERÊNCIAS

AZEVEDO, B. Elisângela; FILHA, F.O. Maria de; COSTA, P.F. Lorena et al.; Centros de Atenção Psicossocial e Estratégia Saúde da Família: favorecendo a integralidade do cuidado, Campina Grande – PB, 2012.

BALLARIN, S.G. Maria Luisa; CARVALHO DE, Fabio Bruno; FERIGATO, Helena Sabrina et al.; Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva, Psicologia em Estudo, Maringá, v. 16, n. 4, p. 603-611, out./dez. 2011.

BEZERRA E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. Revista Psicologia: Ciência e Profissão 2008, 28 (3):1.

BEZERRA E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo Apoio matricial na Atenção Básica. Revista Psicologia: Ciências e Profissão 2008,28 (3):1

BRASIL, M.S. Secretaria de Atenção a Saúde. DAPE. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. 1º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica – Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, 2005.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. Disponível em:> <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhasguia>. Acesso em Fev. 2014.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. Disponível em:> <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhasguia>. Acesso em Fev. 2014.

CAMPOS, O.T. Rosana; FURTADO, P.Juarez et al.; Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental, Rev. Saúde Pública;43(Supl. 1):16-22, 2009.

LANCETI A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos G et AL. Tratado de Saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.

MACHADO GS. Reforma Psiquiátrica e o Serviço Social: O trabalho dos assistentes sociais no CAPS. In: Eduardo Mourão Vasconcelos. (Org.). Abordagens Psicossociais VOL III para o Serviço Social. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2008, v. 3, p. 25-75.

MINAS GERAIS; Secretaria do Estado de Saúde, Atenção em Saúde Mental. Linha Guia da Saúde Mental. 1ª ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília, 07-10 Nov., 2005.

ONOCKO-CAMPOS R, Furtado J. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: Um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. CAD Saúde Pública 2006 maio; 22(5): 1054-62.

RAMALHO, L. E. G. As diretrizes estaduais no Atendimento ao Dependente Químico pela Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais. Revista APS, 2011 abr/jun; 14(2):207-215.

SCHNEIDER, R.S. Alessandra; A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental, Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009.

SOUSA DE, C. Ândrea; Ampliando o campo da atenção psicossocial: A articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família, Escola Anna Nery Rev. Enfermagem, Dez; 10 (4): 703 – 10, 2006.

SOUZA AC. Em tempos de PSF: Novos rumos para a atenção em saúde mental?. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ; 2004.

