

PERCURSOS FORMATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO A PESSOAS EM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Formative Journey In The Psychosocial Care Network And The Qualification Of Care For People In Harmful Use Of Alcohol And Other Drugs

Larissa Weber¹

Roger dos Santos Rosa²

Paula Andreza Ferreira da Silva³

Artigo encaminhado: 14/04/2021

Artigo aceito para publicação: 28/11/2021

RESUMO: O artigo apresenta um recorte de estudo avaliativo que resultou em dissertação de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem como objetivo apresentar as modificações nas práticas de atenção à saúde mental, em especial aquelas voltadas a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, decorrentes da participação de trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Guaíba/RS no projeto de educação permanente em saúde mental denominado “*Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial: Intercâmbio entre experiências*”. Para alcançar tais objetivos desenvolveu-se um estudo qualitativo, observacional, de cunho descritivo, cuja coleta de dados se deu através de entrevistas semiestruturadas individuais com 22 participantes e consultas a documentos pertinentes ao projeto. Os dados foram analisados à luz da análise de conteúdo proposta por Bardin. Como resultados, constatou-se que os princípios da Reforma Psiquiátrica, revisitados ao longo do Percurso, passaram a influenciar mais fortemente o planejamento das atividades diárias dos profissionais. Detectou-se maior clareza entre os trabalhadores quanto ao papel de cada serviço da Rede de Atenção Psicossocial e maior articulação entre a rede. Percebeu-se redução de estigmas associados à saúde mental de uma forma geral e com os usuários de álcool e outras drogas de modo particular e, por conseguinte, qualificação das práticas. Observou-se que o intercâmbio foi decisivo na solidificação das modificações na RAPS que estavam em curso, representando uma via bem-sucedida para impactar tanto na formação profissional quanto pessoal dos participantes, o que se mostra necessário em tempos de novos retrocessos.

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina e mestra em Ensino na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialização em Saúde da Família e Comunidade pelo programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Email: issaweber@hotmail.com

² Médico, Doutor em Epidemiologia, Professor do Departamento de Medicina Social/UFRGS. Email: roger.rosa@ufrgs.br

³ Psicóloga, Especialista em Psicologia Clínica na Abordagem Centrada na Pessoa e Especialista em Saúde Pública. Email: paulaferreira.psi@gmail.com

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Saúde Mental. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Educação Continuada. Humanização da Assistência.

ABSTRACT: The article presents a part of an evaluative study that resulted in a dissertation of a Professional Master's in Health Education from the Federal University of Rio Grande do Sul. It aims to present the changes in mental health care practices, especially those aimed at people in harmful use of alcohol and other drugs, resulting from the participation of workers from the Municipal Health Department of Guaíba/RS in the mental health education project called "Formative Journey in the Psychosocial Care Network: Interchange between experiences". To achieve these objectives, a qualitative, observational and descriptive study was developed, whose data collection took place through individual semi-structured interviews with 22 participants and consultations on documents relevant to the project. Data's analysis was guided by Bardin's content analysis method. The results indicate that the principles of Psychiatric Reform, revisited along the formation, began to have a stronger influence on the planning of professionals' daily activities. Greater clarity was found among workers as to the role of each network' service and greater articulation between the network. It was also noticed a reduction in stigmas associated with mental health in general and with users of alcohol and other drugs in a particular way and, therefore, qualification of practices. It was observed that the interchange was decisive in solidifying the changes in the Psychosocial Care Network that were underway, representing a successful way to impact both the professional and personal training of the participants, which is necessary in times of new setbacks.

Keywords: Unified Health System. Mental Health. Substance-Related Disorders. Education, Continuing. Humanization of Assistance.

1 INTRODUÇÃO

A ordenação da formação de recursos humanos em saúde é uma das competências do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecida pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), publicada primeiramente em 2004 e reformulada em 2007, foi concebida com vistas a retomar essa responsabilidade constitucional, investindo no desenvolvimento científico e tecnológico no país, sem perder de vista suas especificidades regionais (BRASIL, 2007).

A partir de sua publicação, multiplicaram-se projetos que visam fortalecer a formação em serviço no território nacional. Dentre aqueles relacionados à Educação Permanente em Saúde Mental, destaca-se o "Percurso Formativos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Intercâmbio entre experiências", cuja

primeira edição foi lançada em 2013 pelo Ministério da Saúde. Trata-se de uma estratégia de apoio financeiro a municípios que desenvolvem ações de educação permanente para profissionais da RAPS a partir do intercâmbio entre profissionais, promovendo a troca de experiências e a ampliação das possibilidades de intervenção afeitas ao modelo de Atenção Psicossocial (WEBER, 2017).

Compreende-se por Atenção Psicossocial o modelo de atenção à saúde mental resultante do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Modelo esse que rompeu com a racionalidade psiquiátrica que reduzia o funcionamento psíquico exclusivamente a processos cerebrais e que tinha como foco a doença, não o sujeito adoecido e seu contexto de vida. Com isso, as práticas isolacionistas foram substituídas pelo cuidado de base territorial, articulado em rede (YASUI et al., 2018).

A Reforma Psiquiátrica resultou ainda na constituição de um arcabouço legal que orienta o modelo assistencial substitutivo. Destaca-se, nesse sentido, a Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001a).

Na medida em que o novo modelo proposto foi se consolidando, a Política de Saúde Mental passou a abranger as estratégias de enfrentamento ao uso prejudicial de álcool e outras drogas (CALDAS DE ALMEIDA, 2019). Atendendo às recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001b), o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas, na qual assumiu a responsabilidade por prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas de modo articulado e transversalizado. A Política busca a superação de um entendimento que associava o uso de drogas ao comportamento antissocial e/ou criminoso. Tratar, nessa nova perspectiva, significa aumentar o grau de liberdade e de corresponsabilidade daquele que se está tratando, promovendo a construção de redes de suporte social, sem almejar unicamente a abstinência (BRASIL, 2003).

A criação da RAPS, rede temática de atenção à saúde voltada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, é outro marco normativo relevante no contexto da atenção às pessoas em uso de álcool e outras drogas. Dentre suas diretrizes, constam o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade

das pessoas e a inclusão social; o combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional; a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; a diversificação das estratégias de cuidado e o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos (BRASIL, 2011).

Um projeto de Educação Permanente que possibilite a interação entre trabalhadores de contextos diversos, como é o caso do projeto Percursos Formativos na RAPS, diferencia-se pelo potencial de difundir as boas práticas de atenção à saúde mental resultantes dessa mudança de paradigma assistencial. A seleção dos municípios participantes do projeto deu-se a partir da publicação de um edital. Os municípios interessados deveriam elaborar um plano de ação, optar por participar do projeto como rede preceptora ou rede em formação e escolher uma linha de qualificação prioritária (BRASIL, 2013).

O município de Guaíba/RS, com cerca de 100 mil habitantes, situado a 30 km de Porto Alegre (IBGE, 2021), foi selecionado para participar do projeto como rede em formação. A gestão municipal escolheu como linha prioritária a qualificação em demandas envolvendo o consumo de álcool e outras drogas. A escolha deveu-se ao andamento, à época, de uma remodelação dos serviços da rede, com o propósito de se adequar à Portaria nº 3.088/2011 que criou a RAPS.

O Ambulatório de Saúde Mental municipal foi extinto e seguido pela implementação de um Centro de Atenção Psicossocial voltado a usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD), em 2015, mesmo ano em que foi pactuada a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPS IJ), concretizada em 2018. Assim, o município, que já contava com um CAPS II, passou a dispor de três distintas modalidades de CAPS.

Paralelamente, ocorreu um movimento de descentralização do cuidado em saúde mental da atenção secundária para a atenção básica e de fortalecimento do apoio matricial, a fim de incentivar o acompanhamento compartilhado e em uma perspectiva integral. Acrescenta-se que o acesso a leitos hospitalares em saúde mental ocorre por meio do Sistema de Gerenciamento de Internações (GERINT), central de regulação de leitos gerenciada pelo Estado do RS que faz a adequação entre a demanda por internação e os leitos ofertados pelo SUS. Assim, a RAPS de Guaíba concentrou suas ações na Atenção Básica, nos CAPS e na articulação intersetorial.

O município de Santo André, situado na região metropolitana de São Paulo, foi designado como rede preceptora para Guaíba e outras nove cidades. Em duplas ou trios, pelo menos 20 profissionais da RAPS de cada um destes municípios, de diferentes formações, realizaram intercâmbio de um mês em Santo André. As ações transcorreram durante os anos de 2014 e 2015.

Considerando a relevância de avaliar políticas e programas em saúde para qualificação do sistema de saúde e minimização de crises (CONTANDRIOPOULOS, 2006), foi realizada uma avaliação da execução da primeira etapa do Curso Formativo ocorrido em Guaíba. No presente artigo, serão apresentados os resultados relacionados às modificações ocorridas nos processos de trabalho da RAPS a partir do intercâmbio, com ênfase na atenção as pessoas com demandas associadas ao uso de álcool e outras drogas. Ao identificar e descrever essas mudanças, espera-se contribuir com a propagação de boas práticas e a consolidação do modelo de atenção psicossocial.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Foi utilizado o delineamento qualitativo, o qual possibilitou um grau de aferição mais abrangente acerca da percepção dos participantes sobre o objeto analisado. O estudo caracteriza-se também como observacional e de cunho descritivo. A pesquisa foi desenvolvida no contexto da execução do projeto “Percurso Formativos na RAPS: Intercâmbio entre experiências” no município de Guaíba/RS e desenrolou-se no período de 2016 a 2017.

A seleção da população do estudo contou com o seguinte critério de inclusão: ser servidor da Prefeitura Municipal de Guaíba e ter participado do intercâmbio em Santo André. Como critério de exclusão estabeleceu-se: apresentar condição que impossibilitasse a participação na pesquisa, seja por afastamento do trabalho, ou por envolvimento direto na execução da pesquisa. Destaca-se que o recrutamento dos participantes do intercâmbio deu-se no âmbito das atividades desenvolvidas pelo Grupo Condutor da RAPS de Guaíba, constituído por gestores e representantes dos serviços. Por disponibilidade de recursos financeiros, o número de intercambistas foi ampliado dos 20 previstos inicialmente no edital para 23. Assim, a população-alvo do presente estudo compreendeu todos os profissionais de Guaíba que participaram do intercâmbio

em Santo André, excluindo-se uma participante que é também autora do estudo, totalizando 22 profissionais.

Os 22 profissionais elegíveis para o estudo concordaram em participar do mesmo e estão indicados no texto pela codificação E1 a E22. Todos eram concursados, 21 dos quais do sexo feminino. Seis possuíam formação de nível médio (quatro técnicas de enfermagem, uma artesã e uma técnica administrativa) e 17 apresentavam formação de nível superior (sete enfermeiros, sete psicólogas, duas assistentes sociais e uma terapeuta ocupacional). No que se refere ao campo de trabalho, 16 atuavam nos serviços especializados, seis na Atenção Básica e uma no Serviço de Pronto Atendimento.

A coleta de dados iniciou pela análise das atas do Conselho Municipal de Saúde, das assembleias dos CAPS e do Grupo Condutor da RAPS de Guaíba, a fim de identificar os profissionais que participaram do intercâmbio, bem como seu período de execução. Em seguida foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais com cada participante, guiadas por um roteiro de perguntas. Os temas das perguntas organizaram-se em torno da compreensão acerca do projeto executado, das influências do intercâmbio sobre a formação/atuação dos participantes, das transformações operadas nos processos de trabalho e dos benefícios para a RAPS de Guaíba. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e foram realizadas em salas reservadas, gravadas em áudio e transcritas de forma literal para posterior análise. Os dados produzidos foram submetidos à análise de conteúdo (BARDIN, 2009).

O projeto de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Parecer 1.571.068 - CAAE: 52639116.7.0000.5347) e aceite institucional da Secretaria Municipal da Saúde de Guaíba. Todas as etapas do estudo estão em conformidade com os princípios contidos na Resolução CNS nº 196/1996. Aos participantes foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em que constava o objetivo do estudo, a forma de coleta das informações e a garantia de preservação da identidade dos participantes e do sigilo dos dados. O TCLE foi assinado em duas vias por um dos pesquisadores e por cada participante, ficando uma via com cada uma das partes.

3 RESULTADOS

O intercâmbio de profissionais entre Guaíba e Santo André ocorreu entre maio de 2014 e outubro de 2015. Em estudo anterior, no prelo, demonstrou-se a potência do intercâmbio enquanto uma estratégia inovadora na formação que possibilitou a ressignificação das práticas no campo da saúde mental aos participantes (WEBER et al., 2021). Sua utilização como ferramenta de Educação Permanente em Saúde, facilitando o aprendizado a partir da inserção *in loco*, oportunizou aos participantes conhecer outras práticas e modos de organização da RAPS. Destaca-se, inicialmente, o quanto essa interlocução estimulou a busca por conhecimentos teóricos e promoveu uma dialética entre teoria e prática.

Essa coisa da práxis, né, de tu ir prá uma prática e também o estudo da teoria e retornar para o teu local para verificar essa prática (...) se ela tá funcionando realmente. E18

Com isso, ocorreu uma reafirmação dos princípios da Reforma Psiquiátrica/ Luta Antimanicomial e da necessidade de pautar o trabalho pelas normativas do Ministério da Saúde e pelas evidências científicas.

A questão que Santo André trouxe muito forte foi a questão da política de saúde mental (...). Bom, o atendimento, ele é em liberdade e eles trabalham muito nessa perspectiva, né. E isso, acho que enquanto a gente trabalha aqui, eu como assistente social, quando a gente trabalha nisso, assim, na questão dos residenciais terapêuticos, na questão de inclusão eu penso que (...) foi bem importante, porque a gente veio de novo reforçando (...) que o trabalho tem que ser em rede. E7

A inserção na rede preceptora levou os participantes a perceberem que as dificuldades que enfrentavam em suas próprias redes muitas vezes eram as mesmas dificuldades enfrentadas por outros municípios. Essa constatação favoreceu a descoberta de soluções para problemáticas em comum. Foi evidenciado, dessa forma, o valor dado às trocas entre os envolvidos.

Tu percebe que o teu problema aqui é o mesmo problema que tem lá em Santa Catarina, que é o mesmo problema que tem em São Paulo, que é o mesmo problema que tem não sei aonde. Tu começa a ver as formas de organização que eles tiveram, as formas que eles encontraram prá solucionar os problemas (...) o que eu mais gostei foi da troca. E21

Entre aqueles profissionais menos identificados com as práticas em saúde mental, como era o caso dos profissionais da atenção básica, percebeu-se menor resistência e maior pré-disposição ao acolhimento dos usuários.

Eu acho que houve uma maior abertura da Atenção Básica prá acolher a saúde mental. Mas também não sei te dizer se isso é consequência do percurso, acho que é um somatório, acho que isso, ao mesmo

tempo que é uma consequência do percurso, porque alguns enfermeiros da Atenção Básica foram pro percurso, também é uma consequência do matriciamento. Talvez se esses profissionais não tivessem ido pro percurso, ia acontecer isso, mas demorando mais tempo, né. E3

Além disso, houve relatos que revelaram a superação de antigos preconceitos, com os usuários e com o campo da saúde mental, como consequência direta do intercâmbio. Tal mudança de entendimento, por si só, representou um ganho significativo no processo de vinculação do usuário ao serviço e à equipe.

(...) ajudou nessa questão de olhar numa forma menos rotulada, assim, pras pessoas, né. (...) as pessoas que foram mudaram essa perspectiva de poder olhar o usuário com problemas com álcool e outras drogas (...) não como uma pessoa que merece menos atenção por causa disso, né. E2

E, a partir dessa nova percepção, muitos intercambistas avaliaram que a vivência em outra rede mudou a compreensão que tinham sobre sua própria atuação e sobre o modo de funcionamento do seu local de trabalho.

Eu era uma pessoa muito intolerante, porque eu trabalhei sempre em emergência e a gente tem esse perfil mais assim de resolver o problema na hora e deu, vai prá casa. E a visão de Unidade Básica é diferente. Mas com paciente psiquiátrico eu tava tendo um pouco de resistência e eu tenho um outro olhar (...) depois que eu passei por lá e pude ver as experiências e a prática lá de assistência ao paciente psiquiátrico (...). Eu acho que eu sou mais resolutiva agora, acho que eu consigo enxergar as coisas de uma outra forma, sou mais humana em relação a isso. E13

Ou seja, o intercâmbio possibilitou uma interrupção para análise das próprias condições de trabalho, assim como do seu serviço de atuação e dos demais pontos de atenção da rede. Esse tempo de reflexão teve um papel importante na construção das mudanças que se seguiram.

Que a gente começa, como em qualquer lugar, a gente começa a trabalhar, a gente vai naquele barco e é muito difícil a gente conseguir se olhar de fora, né, e eu acho que essa parte do percurso, do intercâmbio, fez a gente se olhar de fora. Eu me sinto assim, falando por mim, né. E eu vejo outras pessoas assim na fala que fazem isso, se olhar de fora, olhar o serviço de fora". E6

Uma compreensão mais apurada a respeito do trabalho desenvolvido pelos outros pontos de atenção e em relação aos critérios de encaminhamento para os serviços especializados resultou em uma articulação mais efetiva entre os diversos pontos de atenção da rede e na corresponsabilização dos casos.

A rede tá sendo mais acolhedora, aceitando atender os usuários de saúde mental e AD, porque antes encaminhavam direto pro CAPS, não escutavam, não ouviam. Tá atendendo melhor a crise, sendo mais participativa, participando mais dos encontros da rede. E8

Uma vez que o edital do projeto apostava na ampliação das possibilidades de intervenção dos participantes, a partir da convivência com outras realidades, há que se destacar o quanto os participantes retornaram da experiência motivados para adotar as práticas que conheceram.

Mas uma coisa que eu acho bem legal, frequentemente a gente consegue falar “lá em Santo André funcionava assim”, a gente tem como uma referência. A equipe ficou com uma referência daquilo que é legal, que dá certo, né. E eu vejo que a gente resgata isso em muitos momentos, assim. Quando a gente tá meio que perdido com alguma situação. E6

Isso se reflete inclusive diante de situações de maior complexidade. No âmbito da saúde mental, uma preocupação recorrente por parte das equipes é a preparação dos profissionais para lidar com situações de crises (agudização) dos usuários. Se, no passado, o lugar por excelência da crise era o hospital psiquiátrico, o modelo da Atenção Psicossocial preconiza a sustentação da “crise” no território de vida das pessoas. Nesse sentido, a experiência promoveu reflexões sobre a importância primordial de uma estrutura adequada, de preparo técnico e da mobilização da rede para que os profissionais se sintam seguros ao lidar com as situações mais graves.

Tive a oportunidade lá em Santo André de participar de um momento desses, assim, né, demonstração de crise (...). Mas a equipe bem preparada, inclusive o guarda bem preparado (...). Esse ainda é um assunto que precisa (...) de mais atenção e tá pensando junto com a rede como vamos fazer isso. E18

Também houve quem já percebesse maior empenho das equipes para acolher situações de crise como efeito do intercâmbio. Como reflexo, alguns serviços mostram-se mais abertos e disponíveis para lidar com situações agudas.

A minha percepção é que em alguns lugares dessa rede, os serviços do território, eles conseguem segurar mais uma crise ou buscar uma orientação, conseguem acolher aquela crise. Mas acho que são lugares muito específicos (...) um avanço maior da saúde mental sobre o território é que vai, aos poucos, ir mudando isso (...). Acho que já melhorou e eu acho que vai melhorar mais ainda. E4

No que concerne especificamente ao contato com o espectro de ações que compunham o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, pode-se dizer que a experiência surpreendeu parte dos participantes. O trabalho desempenhado pelo *Consultório na Rua* teve expressivo destaque nesse sentido.

(...) o Consultório de Rua ajudou a ter outro ponto de vista em relação às pessoas e também a entender melhor principalmente a parte da dependência química. E12

Em particular, o contato com algumas das ferramentas de trabalho utilizadas em Santo André na atenção às demandas AD, até então desconhecidas, descortinou a relevância das mesmas.

O kit da redução de danos, que eu só ouvia falar, nunca tinha visto, nem como isso era oferecido, né. Como através do kit os usuários se vinculam aos técnicos no Consultório na Rua. E8

A inserção em uma rede mais estruturada e consolidada contribuiu sobremaneira para impulsionar e fortalecer as transformações na RAPS que estavam transcorrendo em Guaíba.

Acho que é importante dizer (...) que foi sim, né, a partir do percurso que se resgatou um projeto antigo, que estava engavetado, de constituição de um CAPS AD (...). Então teve uma mudança, né. Acho que há um tempo atrás a discussão no município era vamos criar uma Comunidade Terapêutica, era um pedido popular, né. E isso também subjetivamente eu vejo que diminuiu um pouco. Acho que existe um reconhecimento assim, por parte dos usuários, do município, das pessoas, de que existe um espaço no município para o tratamento das questões relacionadas ao álcool e outras drogas. A minha percepção é de que o CAPS AD está legitimado no município. E9

O conjunto de vivências experimentadas ajudou a caracterizar o CAPS AD, que estava em fase de implantação, como um serviço alinhado com o modelo da Atenção Psicossocial.

Então, com atitudes menos punitivas, né, menos julgadoras. Tão sendo mais ousados, no sentido de propor estratégias novas, porque aqui não tem Unidade de Acolhimento, não tem Residencial Terapêutico, então eles tão pensando, eles, mais do que eu, porque eu só vou uma vez por semana. Mas eles tão pensando mais em estratégias de moradia alternativas. O cuidado também em relação à ambiência, o usuário vai chegar lá a qualquer momento que vai ser atendido, acho que qualificou realmente o cuidado. E8

Ademais, foi reconhecida a existência de particularidades das demandas trazidas por esse perfil, o que denota a importância de oferecer um cuidado atento às necessidades de cada sujeito.

(...) tenho impressão que esse percurso formativo deu um impulso também prá transformar o CAPS AD num espaço próprio para atender, assim, essa demanda que antes era subatendida, vamos dizer assim (...). Que acho que foi um grande ganho assim prá rede, né (...). E a gente nota isso lá dentro, tu nota que as pessoas se sentem mais a vontade de ficar lá no serviço, do que antes. E2

Alguns dos avanços resultantes do intercâmbio entrelaçam-se às diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2003). Particularmente as práticas adotadas pelo CAPS AD em seus processos de trabalho internos, assim como na sua forma de articulação com a rede. A

começar pelo acolhimento e o reconhecimento do que o outro traz como necessidade em saúde para a construção de planos terapêuticos singulares.

(...) lá é livre demanda, né. É diferente dos outros tipos de pacientes. A gente encaminha e eu sinto que tá tendo uma acolhida diferente. Eu acho que teve uma mudança sim. Acho que a visão mudou, acho que a estratégia mudou. E13

Seguido pela ambiência e o poder de refletir o espaço social no espaço físico do serviço, produzindo novas subjetividades.

A gente implantou a ambiência, que a gente não tinha. Então casou uma coisa com a outra. Uma necessidade que o CAPS tava tendo e uma coisa que eu observei que já tinha, né. O (CAPS) Viver já tinha bem isso, o (CAPS) AD ainda não tinha. E casou a necessidade de se abrir mais espaço. Já que abriu a ambiência, de abrir oficinas prá preencher a ambiência também. Não ter só ambiência. Então eu acho que isso foi muito produtivo. E11

A PNH é refletida também no fortalecimento do apoio matricial, compreendido como o processo de trabalho em que um profissional oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores.

Agora a gente ouve falar em matriciamento, antes não se ouvia. Até tinha, mas não era uma coisa divulgada. Agora todo mundo, pouco ou muito, sabe que tem matriciamento. E17

Assim como no incentivo à autonomia e ao protagonismo dos usuários, o que significa compreendê-los como corresponsáveis pela produção de si e do mundo que habitam.

Tem a participação dos usuários, isso é uma coisa que aconteceu também(...) não tinha as coisas ainda muito bem estruturadas, mas a gente fez (...) a primeira assembleia (...). Eles é que usam o serviço, eles têm que dar o tom que eles tão precisando, a gente tem que fazer o que eles precisam, não o que a gente quer. Essa lógica, essa forma de ver o serviço, essa forma de pensar, eu penso que são os resultados práticos da ida ao percurso. E9

Sem esquecer dos avanços proporcionados pela clínica ampliada, ferramenta que considera a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde-doença, possibilitando tomadas de decisão compromissadas com a saúde dos usuários.

Eu penso que melhorou (...) a questão do cuidado mais ampliado (...). E essa questão de que o cuidado tem que ser nos espaços onde a pessoa circula (...). Acho que uma das coisas que a gente via, que é muito característico das crianças, principalmente, que entram em crise, de parar de frequentar a escola, eu noto assim que tem diminuído (...). Mas essa ideia de que a pessoa tem que ser cuidada aqui, que a solução não tá lá longe (...), isso mudou. E9

Outra novidade resultante do intercâmbio foi o desenvolvimento de ações de trabalho e geração de renda junto ao CAPS AD, até então inéditas.

A gente fez um poço lá (...). E aquilo ali, muitos tão dizendo assim “ah, eu posso fazer prá vender”. É um meio deles gerarem uma renda (...). Então acho que tinha que ter mais esses espaços prá eles também

(...). Só que daí a gente tem que ter tempo, (...) o espaço, o material. (...) E aí tem um que, é o M., que ele disse assim: 'Bah, D., depois que a gente começou a fazer aquilo, essa oficina, aí eu cheguei pro meu vizinho e perguntei se eu poderia cuidar do jardim dele' (...). Já é uma forma de renda, né. E eu disse que tem que usar consciente esse dinheiro. Tem que trabalhar isso aí também, né. Como eles podem gerar renda e como usar esse dinheiro. Então é um aprendizado de novo prá eles. E a gente aprende todos os dias, né. E5

Contudo, a existência do referido espaço, com acolhida aberta (bastante valorizada e reconhecida pelos trabalhadores), ao mesmo tempo em que facilita o acesso, eventualmente resulta em um encaminhamento direto pelas demais equipes, sem a esperada corresponsabilização pelos casos.

Eu vejo o trabalho do CAPS AD como um trabalho que, apesar de uma equipe pequena, ele vem desenvolvendo um bom trabalho no sentido de acolher essas pessoas e de dar um tratamento digno, né. Baseado também nessa questão psicossocial, não só isso como uma doença, mas como um fenômeno também da sociedade. Mas assim, na Atenção Básica ou nos outros dispositivos, eu não sei te dizer com mais clareza. O que eu vejo ainda em muitas situações é o preconceito e a ideia, novamente, de que isso é uma coisa que tem que ser lá pro CAPS AD. E4

Ainda assim, houve relatos de profissionais vinculados a outros pontos de atenção que modificaram sua forma de pensar e de agir no âmbito das práticas AD, após o retorno do intercâmbio.

Eram usuários que entravam no mesmo fluxo dos outros, sem ter uma especificidade maior (...). Então acho que isso foi algo que, a partir do percurso, da necessidade do serviço, das demandas que vieram surgindo, a gente foi tentando construir de uma forma diferente. Até mesmo com a rede. Não pensando só no que a gente vem tentando oferecer aqui, mas em como essa construção vem se dando com a rede (...). Então eu acho que tem se tentado articular mais as ações, discutir mais os casos, o serviço se questionar mais sobre a atenção dada, né, prá esses usuários, pensando na infância e adolescência. Vejo uma mudança importante assim, muito a se construir ainda, né, porque acho que o Percurso Formativo é isso, tem essas etapas, mas eu acho que a gente tá sempre nessa formação. E22

Para finalizar, foi revelada a necessidade de repensar as internações em hospitais, Comunidades Terapêuticas e no próprio Serviço de Pronto Atendimento (SPA) enquanto parte do Plano Terapêutico Singular destes usuários.

(...) do CAPS AD, (...) pela dificuldade da rede, ainda tá havendo muitas internações. Porque a gente não tá conseguindo controlar essa coisa fora. Paciente fica na ambiência durante o dia, mas vai embora na noite e aí se envolve de novo com a droga e acaba tendo problemas familiares e acaba sendo internado. E1

Portanto, parece latente o imperativo de estreitar as relações entre os pontos de atenção que acolhem esses usuários. Especialmente quando eles

esbarram nos limites operacionais dos serviços, como o horário de funcionamento.

4 DISCUSSÃO

Fato a ser inicialmente destacado é o quanto o projeto provocou o exercício da empatia e da alteridade aos participantes, uma vez que oportunizou a eles conhecer outras realidades por meio da experimentação. Ao deparar-se com uma rede de serviços desconhecidos, em um município distante, coube a cada intercambista vivenciar o ato de ser acolhido e experimentar a vinculação a pessoas e locais estranhos. O valor dessa experiência pode ser reconhecido através dos recorrentes relatos de mudanças no modo de acolher dos profissionais participantes em seus distintos campos de atuação.

Após a acolhida na rede receptora, as ações de imersão, de debate e de trocas desenvolvidas por um mês possibilitaram o contato com diferentes estratégias de trabalho, como também a cooperação com as equipes de lá. De acordo com a OMS (2007), quanto mais interativa e baseada em problemas reais for uma formação, mais ela provocará mudanças de comportamento nos trabalhadores. Sendo assim, esse “fazer junto” teve um papel importante para que, em seu retorno, os trabalhadores problematisassem o funcionamento dos seus locais de trabalho e compartilhassem as boas práticas identificadas.

O artifício do intercâmbio revelou-se promissor como método de divulgação e valorização do conhecimento produzido nos serviços. Para Merhy (2007), a riqueza do conhecimento originado na prática é imponderável e carece de maior publicidade. Através do Percorso Formativo, o município de Santo André, reconhecidamente avançado na linha de atenção às demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pode propagar suas boas práticas nas redes em formação participantes. A ampla distância física entre os municípios envolvidos revela o potencial de capilaridade dessa ação de Educação Permanente.

Outro ganho em termos de visibilidade apontado pelos entrevistados diz respeito à expansão da saúde mental nos diferentes setores de Guaíba em decorrência da execução do projeto. Assim, seguindo os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, o campo da saúde mental consolida-se para além dos muros (concretos ou simbólicos) institucionais no município. Apesar das

dificuldades implicadas nesse processo, experiências antes limitadas ao setor saúde, em especial aos CAPS, têm sido replicadas e reconhecidas em outros espaços. Uma mudança dessa ordem confere maior relevância às práticas desenvolvidas, o que ajuda a combater o preconceito que ainda permeia o campo da saúde mental em geral e da atenção aos usuários de álcool e outras drogas em particular.

Parte desse preconceito decorre de um movimento de demonização das drogas e de criminalização e marginalização dos seus usuários muito presente na legislação brasileira ao longo do século XX. Um dos marcos que provocou mudanças na área foi a publicação da Política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. A implantação de um modelo de atenção à saúde integral implica o respeito à singularidade e ao protagonismo do sujeito em seu tratamento e o esforço na construção de um cuidado de base comunitária, pautas há muito defendidas pelo movimento da RP que deixaram de incluir, em um primeiro momento, os usuários de álcool e outras drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007; SILVA, 2014; VARGAS; CAMPOS, 2017).

A constituição da RAPS, rede de atenção temática alusiva à atenção psicossocial que incluiu a atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, refletiu a importância das práticas que levam em conta a integralidade do cuidado e a integração dos serviços, inclusive como forma de superar a hipermedicalização e as internações. Essas práticas, segundo Feuerwerker (2014), são instigadas quando da inserção dos profissionais em cenários de aprendizagem que propiciem a análise dos diferentes modos de cuidar e o surgimento de novas concepções de saúde, a exemplo do que foi proporcionado pelo intercâmbio.

Outros marcos importantes nos primeiros anos do séc. XXI foram a renomeação da Política Nacional Antidrogas, de 2002, que passou a ser denominada Política Nacional sobre Drogas no ano de 2005 – inaugurando uma perspectiva mais inclusiva. Já em 2008, o Conselho Nacional Antidrogas transformou-se em Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas foi renomeada como Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Esses movimentos, contudo, em pouco tempo foram ofuscados pelas políticas intersetoriais desenvolvidas a pretexto de superar uma “epidemia” do crack, como o Plano Integrado de Enfrentamento ao

Crack e outras drogas, de 2010, e o Programa “Crack, é possível vencer”, lançado em 2011. Nesse cenário, o fortalecimento do modelo coercitivo se dá pelo foco na internação (NEVES, 2018; SILVA, 2014a).

De 2016 a 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos (portarias, resoluções, decretos e editais) que constituem o que veio a ser denominado de “Nova Política Nacional de Saúde Mental”. Entre eles, consta a publicação do Decreto nº 9.761/19, que deu ênfase ao financiamento de comunidades terapêuticas e à abordagem proibicionista e punitivista no contexto do uso de álcool e outras drogas. A publicação da Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS reforçou ainda mais o afastamento da política sobre álcool e outras drogas do contexto de saúde mental (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

A respeito da referida Nota Técnica, Caldas de Almeida (2019) diz que

Apesar de uma constante proclamação de respeito à evidência científica, o texto em que se apresenta uma nova política de saúde mental não inclui uma única referência aos inúmeros contributos surgidos, nos últimos anos, da epidemiologia psiquiátrica, da investigação de políticas e de serviços de saúde mental e da ciência de implementação, que constituem, hoje em dia, o suporte conceptual e científico das políticas de saúde mental. As mudanças propostas ignoram totalmente as evidências que provam a necessidade de basear a promoção, a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais em uma abordagem de saúde pública, sistêmica e intersetorial (p.5).

O retorno às intervenções simplistas, de cunho moralista, pautadas pela ideia de que a substância gera todo o mal da sociedade e pela culpabilização dos sujeitos que dela fazem uso, são resultado de uma compreensão do uso de substâncias psicoativas a partir de um viés também simplista. Há que se ter mais atenção com a história de vida dos sujeitos e da sociedade na qual estão inseridos e compromisso com uma visão ampliada da situação para além da dimensão química, a exemplo do que propõe a perspectiva da Redução de Danos, que atenta para as necessidades dos sujeitos, ainda que eles não desejem ou não consigam interromper o uso de drogas (SILVA, 2014b). A inserção dos participantes do intercâmbio na rotina do Consultório na Rua teve um papel notável para fomentar essa compreensão na rede de Guaíba. De outra parte, a imersão nas rotinas do CAPS AD III de Santo André contribuiu com a construção de um projeto terapêutico alinhado aos preceitos da Atenção Psicossocial para o CAPS AD que estava sendo implantado em Guaíba.

A realização do intercâmbio deu-se no intervalo entre as alterações do início do século XXI e os retrocessos vivenciados especialmente de 2016 para cá. Os resultados encontrados mostraram seu potencial para operar transformações nas práticas profissionais de tal modo que foi possível superar estigmas e preconceitos arraigados nos profissionais. O principal êxito do projeto, portanto, perpassa uma transformação pessoal, necessária para qualificar o cuidado às pessoas que estão em sofrimento por conta do uso de álcool e outras drogas.

5 LIMITAÇÕES

Os autores do estudo empenharam-se em garantir a confiabilidade dos dados produzidos. O viés recordatório, no entanto, pode vir a constituir uma limitação da pesquisa, tendo em vista o período transcorrido entre a realização da primeira etapa do Percorso Formativo (2014-2015) e a coleta de dados (2016). O distanciamento temporal, por outro lado, indica que os dados fornecidos pelas entrevistas correspondem aos aspectos mais marcantes da experiência. O tempo transcorrido entre a execução do projeto e os dias atuais também pode configurar uma limitação, dadas as transformações no aparato legal ocorridas nos últimos anos. Nesse sentido, julgou-se importante apresentar na discussão elementos do projeto que podem contribuir para enfrentar esse cenário de novas mudanças.

Por fim, outra limitação diz respeito à realização da quase totalidade das entrevistas no ambiente de trabalho (com exceção de uma), o que se mostrou mais conveniente para os participantes. Para mitigar os possíveis efeitos negativos, as entrevistas foram realizadas em espaços reservados e de forma sigilosa. Essa situação, contudo, somada ao fato de as entrevistas terem sido conduzidas por uma colega da rede, pode ter deixado os participantes pouco confortáveis para fazer críticas à execução do projeto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transformação efetiva do campo das concepções e das práticas em saúde mental demanda esforços para sensibilizar os diversos agentes envolvidos sobre aspectos que se relacionam ao cuidado dos usuários. Ela pressupõe a constituição da atenção integral, de modo a conceber o indivíduo

em sua totalidade e oferecer a ele atendimento adequado para as suas necessidades, com base na humanização dos serviços.

O Percurso Formativo na RAPS demonstrou que representa uma via bem-sucedida na busca de tais transformações, ao menos no município de Guaíba. Essa estratégia de Educação Permanente em Saúde Mental tem a força de impactar tanto na formação profissional quanto pessoal dos participantes, o que se mostra necessário em tempos de novos retrocessos.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2001a, 213 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/bibliotca/Relatorios/saude_mental.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2015. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf. Acesso em: 12 mai. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. Presidente da República. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: DF, 2001b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20N

o%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA/COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, 2003, 60p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

CALDAS DE ALMEIDA, J. M. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. e00129519, out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00129519>. Acesso em: 23 mar. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-11, jul/set. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>. Acesso em: 23 mar. 2021.

CRUZ, N.F.O.; GONÇAVES, R.W.; DELGADO, P.G.G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, educ. Saúde*, v. 18, n. 3. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300509. Acesso em: 15 dez. 2020.

FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e saúde: produção de cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). *Cidades@*. Rio Grande do Sul – Guaíba. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430930&search=rio-grande-do-sul|guaiba|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 26 jun. 2021.

MACHADO, A. R; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Hist. cienc. Saúde – Manguinhos*, v. 14, n. 3, p. 801- 821, jul.-set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. organizadores. *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*, p. 55-66. São Paulo: Hucitec, 2007.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial de saúde, 2006: trabalhando juntos pela saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/i_capa.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

SILVA, C. C. R. Da Punição ao tratamento: rupturas e continuidades na abordagem do uso de drogas. In: RAMMINGER, T; SILVA, M. Organizadores. *Mais substâncias para o trabalho com usuários de drogas* (1a ed.), p. 69-82. Porto Alegre: Rede Unida, 2014a.

SILVA, F. F. L. Afirmar a clínica com pessoas que usam drogas desde um lugar de resistência. In: RAMMINGER, T; SILVA, M. Organizadores. *Mais substâncias para o trabalho com usuários de drogas* (1a ed.), p. 69-82. Porto Alegre: Rede Unida, 2014b.

VARGAS, A. F. M; CAMPOS, M.M. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.24, n.3, p.1041-1050, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018243.34492016. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/331813732_A_trajetoria_das_politicas_de_saude_mental_e_de_alcool_e_outras_drogas_no_seculo_XX. Acesso em: 14 dez. 2019.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, Loucura & Civilização collection, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413623>. Acesso em: 23 mar. 2021.

WEBER, L. Avaliação da primeira etapa do projeto “Percurso Formativos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Intercâmbio entre experiências” no município de Guaíba/RS. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017. 80 p.

WEBER, L.; ROSA, R. S; SANES, M. S.; CARAVACA-MORERA, J. A. Percurso Formativo na Rede de Atenção Psicossocial: inovação e transformação nas práticas em Saúde Mental. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drog*. Ribeirão Preto, 2021. No prelo.