

Articulação Entre Saúde da Família e Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

**Karoline Saraiva da Silva Ferreira¹, Israel Coutinho Sampaio Lima²,
Ana Suelen Pedroza Cavalcante³, Cidianna Emanuely Melo do Nascimento⁴**

Destaques:

- (1) Houve redução da sobrecarga de trabalho pela revisão da capacidade instalada dos Caps ad.?
- (2) Promoção de educação permanente em saúde para a atenção álcool e outras drogas.
- (3) Criação de espaços colegiados para planejar a articulação do cuidado em saúde mental.

RESUMO

Este texto busca compreender a articulação do cuidado entre o Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas e a Estratégia Saúde da Família, que possibilite a proposição de estratégias que melhorem a articulação/colaboração na perspectiva interdisciplinar entre os profissionais dos serviços. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde e um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas em um município do interior do Ceará. O estudo ocorreu entre março de 2021 e julho de 2022, tendo a participação de 15 profissionais, cujas informações foram coletadas por meio do envio de roteiro semiestruturado via *google docs*. Utilizou-se a análise de conteúdo para a construção das categorias empíricas, analisadas conforme a literatura específica deste campo temático. As informações coletadas demonstram haver fragilidades para a construção do trabalho na perspectiva da rede de atenção à saúde. Tal fragilidade se deve às falhas sobre a produção e continuidade dos processos de educação permanente em saúde mental, a ausência de cronograma de ações matriciais e a fragilidade dos processos de referência e contrarreferência, impactando tanto no cuidado prestado quanto na gestão e corresponsabilização do cuidado. É preciso fortalecer tanto a Política Nacional de Saúde Mental como a de Educação Permanente em Saúde, para que a articulação entre equipes possa ser reconstruída de forma fluida.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; saúde mental; Centro de Atendimento Psicossocial; cuidado.

ARTICULATION BETWEEN FAMILY HEALTH AND PSYCHOSOCIAL CARE ALCOHOL AND OTHER DRUGS

ABSTRACT

To understand the articulation of care between the Psychosocial Care Center for alcohol and other drugs and the Family Health Strategy, which makes it possible to propose strategies that can improve articulation/collaboration in an interdisciplinary perspective among service professionals. This is a qualitative study, with a descriptive-exploratory nature, in two Primary Health Care Units and a Psychosocial Care Center for alcohol and other drugs, in the city of Horizonte, which is part of the metropolitan region of Fortaleza, Ceará. The study took place between March 2021 and July 2022, with the participation of 15 professionals, where the information collected was given by sending a semi-structured script via *google docs*, with content analysis being applied to the construction of the empirical categories analyzed according to the specific literature of this thematic field. The information collected shows that there are weaknesses in the construction of work from the perspective of the health care network. Such fragility is due to failures in the production and continuity of permanent education processes in mental health, absence of a schedule of matrix actions, fragility of referral and counter-referral processes, impacting both the care provided and the management and co-responsibility of care. It is necessary to strengthen both the National Mental Health Policy and the Permanent Education in Health, so that the articulation between teams can be reconstructed in a fluid way.

Keywords: Family Health Strategy; mental health; Psychosocial Care Center; caution.

¹ Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza/CE, Brasil. <https://orcid.org/0009-0006-2235-9809>

² Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza/CE, Brasil. <https://orcid.org/0009-0006-2235-9809>

³ Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza/CE, Brasil. <https://orcid.org/0009-0006-2235-9809>

⁴ Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza/CE, Brasil. <https://orcid.org/0009-0006-2235-9809>

INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos, no Brasil, a atenção em saúde mental vem se afirmando como um campo de reconstrução e inovação, onde as práticas do cuidado desenvolvidas agora buscam romper com o modelo psiquiátrico clássico, o qual pauta sua conduta na doença de modo hospitalocêntrico e medicamentoso. Este caminho é (re)construído por meio das lutas e mobilizações promovidas por usuários do sistema, familiares/cuidadores, trabalhadores e estudantes da saúde, entidades de classe profissional e políticos, os quais buscam até os dias atuais a ruptura com o paradigma da loucura¹.

É nestes embates, entre forças progressistas e conservadoras, que o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (MBRP) vem lutando antes mesmo da Lei 10.216, de 2001², para constituir uma nova rede de cuidados em saúde mental por meio do modelo de Atenção Psicossocial Territorial (APT)³, a qual promove acolhimento, atendimento humanizado, atenção integral equânime, universal e igualitária para as pessoas que vivem com problemas mentais e seus familiares/cuidadores.

Esse modelo transformador representa não apenas a desospitalização da loucura, mas a desinstitucionalização de histórias de vidas, antes interrompidas por um modelo curativista que cerceava a liberdade, a voz, o choro e toda a forma de afetação. As novas práticas do cuidado buscam sustentar-se com base em dispositivos de atenção comunitária, focalizados na pessoa em sofrimento mental e sua família, baseada na redução de danos e no fortalecimento de vínculos com a comunidade, elegendo o território como espaço de produção de cuidado, o que requer articulação da rede intersetorial^{1,3}.

É a partir dessa trajetória que a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) se instituiu sob a Portaria nº 3.088, de 2011, a qual possibilitou uma nova dimensão para as ações em saúde mental, cujos objetivos principais foram definidos pela ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em seus diferentes níveis de complexidade e a promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, desde unidades de atenção primária, serviços especializados, de urgência e emergência e hospitalar⁴.

Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), em seus diferentes tipos, – Caps I, Caps II, Caps III, Caps i (infanto-juvenil) e Caps ad (álcool e outras drogas) –, devem promover, dentro do território, a gestão e a articulação com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para que as ações sejam desenvolvidas de modo integrado¹. Logo, é necessário que todos os pontos da RAS se articulem para atender às diversas necessidades dos sujeitos que estão em sofrimento mental decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas⁵.

É buscando concretizar tal articulação e integração que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), em articulação com os Caps e demais dispositivos da rede, dar atenção para as necessidades de saúde mental advindas do uso/abuso de substâncias químicas da população adstrita com a promoção de ações inter e intrasetoriais com base na Política Nacional de Humanização, a qual busca melhorar os processos de trabalho, do atendimento, com corresponsabilização do cuidado entre estes⁶.

Dessa forma, acredita-se que a articulação entre a ESF e o Caps ad pode ocorrer tendo em vista que seus princípios e diretrizes alicerçados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁷ e Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)² convergem diante da necessidade sobre a garantia de acesso aos serviços, integralidade e longitudinalidade do cuidado, os quais tendem a fortalecer o vínculo serviço-comunidade e profissionais-usuários-famílias-cuidadores.

O desafio desse processo está na materialidade dessa articulação, pois grande parte das práticas de cuidados desenvolvidas em ambos os serviços, de alguma forma, carrega resquícios do modelo asilar/psiquiátrico clássico, centrado na doença e prática individual de hierarquização dos serviços,

que tende a dificultar os fluxos de comunicação e integração em rede de saúde. Ademais, a postura centralizadora que vem sendo assumida pelo Caps ou imputada a ele pelos outros elementos da Raps, tem sobrecarregado tais serviços o ponto de isolar estes da RAS^{3,8}.

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho é compreender a articulação do cuidado entre o Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas e a Estratégia Saúde da Família, que possibilite a proposição de estratégias que possam melhorar a articulação/colaboração na perspectiva interdisciplinar entre os profissionais dos serviços.

MÉTODO

A pesquisa é de natureza qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, que tem como característica a interpretação e a compreensão do fenômeno pesquisado⁹, socialmente construído em ato, tendo como base as relações interdisciplinares, integração e articulação entre Caps ad e ESF existentes.

O estudo foi realizado no campo de atuação do Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (Uaps), localizadas na zona rural das comunidades de Dourados e Aningas, e no único Caps ad do município de Horizonte, localizado na região metropolitana de Fortaleza. A escolha das Uaps ocorreu por possuírem a maior abrangência territorial e com maior quantitativo de população atendida no município, com cerca de 5.723 habitantes em Dourado e 3.122 em Aningas.

Participaram do estudo 15 profissionais pertencentes às seguintes equipes: 6 da Uaps de Dourados (1 dentista, 2 enfermeiras, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo e uma nutricionista); 3 da Uaps de Aningas (1 enfermeira, 1 médica e 1 dentista); e 6 do Caps ad (1 enfermeira, 2 assistentes sociais, 1 educadora física e 2 psicólogas). Desses, 3 são do sexo masculino e 12 do sexo feminino; 4 são casados e 11 estão solteiros. Quanto à cor autodeclarada, 9 consideram-se pardos, 3 brancos e 3 são negros. Quanto ao grau de formação, todos são graduados. Desses, 1 possui mestrado, 5 possuem especialização e 9 estão cursando a RIS. Quanto à forma de vínculo de trabalho, 9 são profissionais ligados a RIS, 4 são concursados e 2 são cooperados.

O quantitativo de participantes ocorreu mediante critério por saturação das informações, quando as mesmas se tornaram repetitivas, sem acréscimo de novos elementos¹⁰⁻¹¹. Inicialmente a coleta de dados seria desenvolvida por meio de entrevistas de campo, porém, com o advento da Covid-19, buscando respeitar as novas normas sanitárias vigentes no município, como não ficar em uma sala fechada em contato direto, mesmo utilizando os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), optou-se por aplicar um questionário por meio de roteiro semiestruturado *on-line*, via formulário *Google Forms*, o qual foi enviado por *e-mail* e/ou aplicativo de comunicação por *smartphone* para os contatos dos participantes.

O contato inicial com os participantes do Caps ad ocorreu por meio do número de *WhatsApp* disponibilizado pela coordenadora do serviço, e com os profissionais da APS foi realizado a partir de convite feito pessoalmente, tendo em vista que faz parte do campo de atuação da pesquisadora. Para melhor organização os formulários foram enviados todos no mesmo dia e, à medida em que iam sendo respondidos, a pesquisadora ia registrando em uma planilha. A observação direta foi utilizada como técnica complementar, buscando melhorar a contextualização das informações cedidas pela convivência em ato da pesquisadora dentro do contexto do estudo. O tempo médio de resposta ao roteiro foi de duas semanas após o envio. Em alguns casos foi necessário reenviar o formulário e ratificar a importância da participação na pesquisa. Este estudo transcorreu de março de 2021 a julho de 2022.

Deste modo, foram apresentadas as seguintes questões: 1 – De quais formas você percebe a construção da articulação do cuidado entre a Estratégia Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas? 2 – Quais desafios você encontra para garantir a continuidade do cuidado dos usuários com transtornos pelo uso de álcool e outras drogas no território que você atua; comente sobre ou relate uma situação; 3 – Quais sugestões você gostaria de dar para melhorar a articulação do cuidado em saúde mental entre ESF e equipe do Caps ad?

As informações registradas no *Google Forms* foram reagrupadas e categorizadas conforme a análise de conteúdo, que consiste em uma técnica de análise das comunicações¹² que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação. Desta forma, as informações foram apresentadas em três categorias empíricas: 1. A articulação entre atenção psicossocial álcool/drogas e estratégia saúde da família: percepção dos profissionais; 2. Desafios do processo de articulação dos cuidados em rede de atenção à saúde; 3. Avanços para o trabalho intrasetorial entre Centro de Atenção Psicossocial álcool/drogas e Estratégia Saúde da Família.

O estudo apresenta parecer ético pela ESP/CE, sob CAAE: 51725421.8.0000.5037, parecer aprovado número: 5.023.015, respeitando, assim, a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹³. Todos assinaram o Termo de Consentimento e Livre Esclarecido (TCLE). Os participantes foram codificados da seguinte forma: PSF (Profissional Saúde da Família), seguida da numeração por ordem de respostas ao questionário, e PSM (Profissional Saúde Mental), também seguida da numeração por ordem de respostas ao questionário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A articulação entre atenção psicossocial álcool/drogas e Estratégia Saúde da Família: percepção dos profissionais

Esta categoria empírica pretende apresentar a forma como os profissionais que despendem o cuidado a usuários com transtornos pelo uso de álcool e outras drogas se constituem na interface entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Psicossocial em território determinado, sob o ponto de vista da gestão do cuidado integral e compartilhado.

As falas dos profissionais da ESF revelam percepções que constituem a articulação existente entre ESF e Caps ad como fragilizada e limitada. Tais percepções, no entanto, não foram unânimes quando alguns profissionais do Caps ad relatam que existe uma boa articulação entre os serviços e que vem se fortalecendo. Há uma discordância dos profissionais que atuam na ESF e dos que atuam no Caps ad. Os primeiros afirmam que esta articulação se encontra fragilizada, enquanto os segundos asseveram que a comunicação vem se fortalecendo.

Em minha opinião vejo ainda uma articulação pobre e com muitas fragilidades, visto que ainda existe pouco conhecimento por parte dos profissionais da ESF acerca do assunto e de como proceder com os usuários que são demandas para o Caps ad, é necessário fortalecer o vínculo entre as equipes e proporcionar momentos de matriciamento e troca de saberes e colocar em prática o sistema de referência e contrarreferência (PSF6).

Considero que a articulação não está boa, pois atualmente não há um elo entre Unidade Básica de Saúde (UBS) e Caps ad (PSF7).

Atualmente vejo uma boa articulação entre ESF e Caps ad. Buscamos sempre estar em articulação para tratarmos o usuário do SUS de forma humana, com a visão da integralidade (PSM5).

Tem se fortalecido pelo tempo de existência do Caps AD no município e geralmente acontece de forma esporádica, com pouca comunicação direta entre os profissionais (PSM 12).

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é o resultado de uma mudança de paradigma no cuidado às pessoas em sofrimento mental e/ou usuários com transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, a qual depende de diversos fatores, sendo um deles a capacidade de os trabalhadores interagir⁴. Sua finalidade é ampliar e articular os pontos de atenção à saúde nos serviços que compõem a atenção primária, atenção psicossocial territorial, serviços de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e as estratégias de desinstitucionalização, a saber: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa (PVC), bem como as estratégias de reabilitação psicossocial diante das iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários e cooperativas sociais⁷.

Tendo em vista a gama de serviços e ações de que a Raps é constituída, salienta-se, como limitação do estudo, a identificação precípua desta relação apenas entre Caps ad e ESF, por serem os dispositivos com maior facilidade de acesso e presença no território. Logo, o processo de articulação do cuidado em saúde mental deve ser compreendido sob esta lógica de produção, exatamente pela ausência de interlocutores de outros serviços da Raps.

Dentro deste contexto particular, diversos fatores colaboram para uma interlocução fragmentada entre Caps ad e ESF. Destaca-se o despreparo dos profissionais em lidar com as demandas de saúde mental, a ausência de compartilhamentos e discussão de casos que podem ser atribuídas à ausência de horário destinado às atividades compartilhadas ou excesso da demanda de atendimentos nas unidades, ausência de um cronograma periódico de matriciamento nas Uaps, falha no sistema de referência e contrarreferência, dentre outros.

As falhas na articulação entre serviços devem-se à falta de capacitação dos profissionais da Atenção Primária na intervenção dos sujeitos em sofrimento psíquico, em que os profissionais não possuem aporte teórico e prático para uma intervenção que considere os aspectos biopsicossociais e que promova cuidado para além do emergencial¹⁴.

Dessa forma, há uma baixa capacidade de identificação e manejo dos casos na Atenção Primária, sobrecarga dos serviços especializados e, conseqüentemente, dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental em tempo oportuno¹⁵. Tal dificuldade também reflete no acompanhamento no território daquele paciente que recebeu alta do Caps ad, pois, sem garantia de continuidade na ESF e de reinserção social, tornam-se dependentes da atenção dada pelo Caps ad, interferindo na reconstrução de sua autonomia e cidadania.

Isso pode acarretar a cronicidade dos casos e seu agravamento, superlotando o Caps ad, trazendo impacto negativo no acompanhamento do usuário na atenção especializada. Como estratégia para assegurar o cuidado integral das pessoas com transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, propõe-se aperfeiçoar e reforçar as práticas do Apoio Matricial em todas as unidades da ESF, com fins de amenizar os problemas de articulação da Raps municipal e reorganizar os processos de trabalho dos profissionais¹⁶.

Fortalecer a articulação entre ESF e Caps ad é aumentar a possibilidade de resolução dos problemas dos pacientes, promovendo cuidado integral e prevenindo o desgaste mental e social a que tais pacientes são expostos durante o percurso pela busca de atenção à saúde.

Desafios do processo de articulação dos cuidados em rede de atenção à saúde

Existem desafios em todos os processos laborais. Não seria diferente na complexidade da produção de cuidados em saúde mental, em especial a usuários de álcool e outras drogas. Logo, este núcleo temático busca identificar quais desafios estão presentes para a concretização da articulação dos cuidados em rede de atenção à saúde.

Os profissionais elencaram diversos desafios no cotidiano profissional que impactam negativamente no fazer laboral, tais como: a forma do vínculo dos profissionais do território com a comunidade, por ser constituído, de certa maneira, como juízo de valor, preconceitos e ausência de sigilo profissional; o acesso aos serviços, no que se refere à distância percorrida pelo usuário ao Caps ad bem como à falta de transporte público no município; e à dificuldade de comunicação com os usuários (estas dificuldades acentuam-se principalmente na realidade da população atendida pelas duas Uaps estudadas, pois ambas fazem parte da área rural). O meio de transporte mais utilizado é o mototáxi, transporte próprio ou solicitação de carro para a gestão da APS. A própria acessibilidade dos serviços, diante das novas rotinas impostas pela pandemia da Covid-19, impactou radicalmente na atuação dos profissionais diante das rotinas de atendimento diário e da falta de recursos humanos/insumos e apoio da gestão.

O vínculo dos profissionais de saúde com a comunidade é muito grande e isso tem seu lado positivo e negativo, pois os usuários sentem uma barreira ao buscar a unidade. Como os profissionais já conhecem sua história, os mesmos sentem-se julgados. Já presenciei uma situação de um homem alcoólatra buscar o posto pra solicitar PSA e uma pessoa da unidade comentou “não sei o que o ele vem fazer no posto bebo”. Certeza que o usuário percebe o tom de reprovação e acaba não conseguindo solucionar suas demandas (PSF15).

Por si só existe uma grande dificuldade das pessoas que fazem uso de álcool e outras substâncias chegarem ao serviço, pois ainda existe um grande preconceito com esse público, de que quem está no Caps ad é «drogado». Essa seria uma dificuldade do início e continuidade do cuidado (PSM 9).

A falta de capacitação, entendimento dos usuários e profissionais, acolhimento com escuta qualificada, e muitas vezes sigilo profissional, pois ocorre que o paciente pode ficar receoso de ir a unidade e as pessoas o julgarem (PSF3).

Falta de cursos profissionalizantes que atendam o perfil dos nossos pacientes; vagas no mercado de trabalho; equipamentos onde os usuários do Caps possam habitar, enquanto estão em tratamento ou após alta, o próprio investimento é escasso. Exemplo: Unidade de Acolhimento; Pousada Social; Implantação de Centro Pop no município para atendimento aos moradores de rua (PSM 5).

Desafios de transporte (deslocamento), comunicação com o usuário/familiar (por falta de celular institucional no serviço e, às vezes, por falta de área no território do usuário), dificuldade no acesso a outros serviços de saúde, questões sociais, falta de uma unidade de acolhimento para aqueles em situação de rua, etc. (PSM 11).

A dificuldade de acesso dos pacientes aos serviços e ações promovidas pelo Caps devido à distância da sede do Caps ad. Dificuldade de acesso por se tratar de uma unidade que atende áreas rurais distantes do Caps (PSF10).

O maior desafio que vi durante esse período de atuação foi a limitação imposta pela pandemia que prejudicou o fluxo dos serviços prestados pelo Caps ad. Praticamente todos os serviços foram suspensos durante boa parte desse período, então o usuário ficava descoberto da atenção que realmente poderia lhe ser dada (PSF11).

As dificuldades para o acolhimento da pessoa em sofrimento mental na ESF é tema recorrente na literatura da área. Encontram-se justificativas, como a falta de capacitação e despreparo, insegurança do profissional no manejo com a pessoa em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas que, por vezes, resulta do preconceito fomentado por uma cultura constituída pelo modelo Psiquiátrico Clássico, arraigado no imaginário de técnicos e da sociedade em geral sobre a marginalização social do problema enfrentado³.

Historicamente, pessoas com transtornos mentais e comportamentais foram excluídas do sistema que coordena a sociedade, e, por vezes, foram negligenciadas pelas políticas públicas de saúde mediante abordagens e práticas marcadas pelo isolamento social e a medicalização¹⁷. Embora o movimento de Reforma Psiquiátrica, por meio da Lei nº 10.216 de 2001², tenha alavancado muitas

garantias de direitos a esta população e tenha lutado para modificar o olhar para este usuário, ainda encontram-se na sociedade resquícios de uma cultura manicomial que prioriza a abordagem medicamentosa, hospitalocêntrica e com foco na abstinência, que não trabalham com a ênfase da redução de danos, acolhimento e atendimento humanizado.

Uma outra linha de pensamento que foi identificada no dia a dia do trabalho enquanto residente em Saúde da Família e Comunidade pela ESP, foi a de que pessoas com transtornos pelo uso de álcool e outras drogas ainda são associadas ao tráfico, crime e à violência, e esta visão da sociedade, por vezes, resulta no afastamento desse indivíduo do convívio familiar e comunitário, ocasionando a marginalização destes. Estes indivíduos, na maioria das vezes, não compreendem o uso da substância como um fator que gere problemas de saúde ou sociais. Dessa forma, o profissional que irá tentar uma abordagem com o paciente deve buscar estabelecer um vínculo entre profissional da saúde e paciente, isento de preconceitos e confrontos.

Santos *et al.*¹⁸, em seu estudo, trazem a visão de diversos profissionais acerca de usuários com transtornos pelo uso de álcool e outras drogas e como esta visão interfere no cuidado, por considerarem os usuários de drogas pessoas perigosas e violentas, sem compromisso, incapazes de fazer um uso controlado da droga e resistentes ao tratamento. A atuação de muitos profissionais é marcada pelo estigma e preconceito, e tal conduta se dá pelo desconhecimento dos profissionais e sociedade sobre o tema “drogas”, e isto interfere negativamente nas oportunidades de cidadania e na procura por acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, este público torna-se cada vez mais estigmatizado e colocado à margem da sociedade, como historicamente são tratados.

Tal postura vai na contramão do objetivo da Raps, que tem como principais finalidades a humanização com enfoque no sujeito e não somente na doença, a inclusão social e a desconstrução de estigmas e preconceitos ligados a pessoas com transtorno psiquiátrico e usuários com transtornos pelo uso de álcool e outras drogas. Neste contexto, já conflituoso, a pandemia da Covid-19 desorganizou, desestabilizou e afetou diversos profissionais e, conseqüentemente, a atuação destes no ambiente de trabalho, principalmente nos Caps, os quais têm como estratégia principal de cuidado as atividades grupais. Os profissionais que atuavam na linha de frente tiveram de se reinventar e criar estratégias para continuar atendendo à população, no entanto, mesmo com todos os esforços, essa ainda sofreu com as novas mudanças, principalmente os pacientes atendidos pelos Caps.

Brandão *et al.*¹⁹⁰ expõem que a saúde mental da população ficou em risco no momento da crise que vivemos e que foi um desafio para os serviços especializados gerirem essa demanda, uma vez que os mesmos também sofreram com os impactos das medidas de distanciamento social e todas as outras contingências da pandemia. Outros obstáculos foram pontuados nas falas dos profissionais, conforme mostra o Quadro 1, que foi construído a partir das percepções da pesquisadora diante da convivência diária com profissionais dos serviços e usuários, e irá sintetizar os problemas apresentados e as possíveis estratégias para resolução de tais dificuldades.

Quadro 1 – Propostas diante dos desafios do processo de articulação dos cuidados em rede de atenção à saúde

PROBLEMA	SUGESTÃO
Ausência de sigilo profissional, preconceito e acessibilidade do serviço ofertado.	Promover, a partir da Secretaria Municipal de Saúde, a constituição do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, o qual seja disponibilizado para todos os profissionais da APS e APT de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.996/2007 ²³ . Propor regularmente o matriciamento entre as unidades de saúde mental e APS preconizado pelo Ministério da Saúde, com base na Lei 10.216 de 2001 ² e na 3.088 de 2011 ⁴ .

Acesso ao Caps ad	Transferir o Caps ad para o centro do município de Horizonte, onde existe mais opções de deslocamento para os pacientes e por ser mais próximo da Secretaria de Assistência Social e Trabalho.
Comunicação com os usuários	Disponibilizar contato institucional (número de telefone fixo) e computadores conectados à internet para as Uaps e Caps ad, almejando permitir e favorecer a comunicação com pacientes, famílias, cuidadores e profissionais.
Falta de investimento em recursos humanos e insumos	Realizar concurso público para a inclusão de novos profissionais para garantir equipe mínima de atenção dos serviços; Adequar a estrutura/insumos dos equipamentos de acordo com a Lei 10.216 de 2001 ² , Portaria nº 2.436, de 2017 ⁷ e Portaria nº 130 de 2012 ²⁰ .

Fonte: Os autores.

A própria falta de investimento em recursos humanos e insumos pode ser considerada fator primário para a concretização da articulação entre os serviços, uma vez que os investimentos vêm reduzindo, com forte rompimento desde 2017, quando o governo federal publicou a Resolução nº 32²¹, a qual priorizou o financiamento das comunidades terapêuticas e de leitos psiquiátricos na rede privada, deixando os Caps subfinanciados, sob a gestão quase que exclusiva dos municípios, que não possuem orçamento suficiente para financiar tais serviços.

Neste contexto, assumindo uma posição que se assemelha à contrarreforma, o mesmo governo promoveu uma série de reformas trabalhistas, por meio da aprovação da Lei nº 13.467, de 2017²², a qual passa a permitir pelo empregador a terceirização dos profissionais da saúde, incluindo enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros, o que contribuiu para a precarização dos contratos de trabalho na Atenção Psicossocial Territorial, diante dos vínculos de trabalhos frágeis, remuneração baixa e carga horária elevada, e, conseqüentemente, no próprio cuidado ofertado aos usuários dos Caps.

As estratégias formuladas no Quadro 1 intentam uma ressignificação das práticas e dos serviços de saúde, pretendendo construir um novo fazer profissional pautado no cuidado continuado, integral e humanizado e baseado no conhecimento adquirido no processo de formação permanente, por meio da articulação intersetorial a partir da Educação Permanente em Saúde (EPS), ações do apoio matricial, cogestão e implicação dos atores envolvidos na atenção aos usuários e valorização do trabalhador, para que seja possível constituir tecnologias leves que consigam promover atenção em RAS, alcançando o usuário e seus familiares no território.

Avanços para o trabalho intrasetorial entre Centro de Atenção Psicossocial álcool/drogas e Estratégia Saúde da Família

O trabalho intrasetorial busca articular atores corresponsáveis pelo cuidado em um dado território de responsabilidade política e sanitária de serviços de saúde, os quais se aproximam dos sujeitos e de suas famílias. Com essa perspectiva, esse processo de trabalho vem avançando conforme o panorama apresentado a seguir.

Podem-se destacar como elementos relevantes para avançar e fortalecer a articulação entre ESF e Caps ad, a consolidação da Política de Educação Permanente em Saúde no município, o matriciamento, o fortalecimento do sistema de referência e contrarreferência e o treinamento para profissionais que atuam nos serviços.

Nas experiências que vivi nesse período como médica da ESF percebi certa dificuldade e limitação dessa articulação com o Caps ad. Ao fazer o contato e encaminhamento dos pacientes ao serviço por meio de referências recebi contrarreferências orientando acompanhamento na própria unidade básica ou, em casos específicos, encaminhamento ao Caps não específico para álcool e drogas pela falta de

médico psiquiatra no local. Notei uma certa dificuldade de manter um acompanhamento conjunto, por vezes sobrecarregando a equipe da ESF e evidenciando uma dificuldade maior no sucesso do tratamento destes pacientes (PSF 10).

Vejo que existe uma grande dificuldade em relação aos matriciamentos junto a atenção básica; isso faz com que se tenha uma grande dificuldade dos serviços entenderem o que cada um tem de oferta para os usuários, sem falar que essa troca de experiência é muito importante para o cuidado integral dos sujeitos, pois o Caps realiza orientações aos usuários mais em relação à proximidade geográfica à UBS, que tem conhecimento maior dos usuários do seu território. Ter uma proximidade maior entre os equipamentos seria ótimo para o cuidados desses usuários (PSM9).

Ampliando a visão sobre o profissional e o usuário do SUS, mudando a lógica baseada somente por indicadores e metas, mas priorizando a saúde integral com troca de experiências e diálogo: matriciamento, atendimentos compartilhados, estudos de casos, fortalecimento da comunicação (gestão e profissionais), etc. (PSM12).

Poderia fazer parte da agenda de ambas as equipes um momento exclusivo para matriciamento, discussão de casos, buscas ativas, etc., para serem realizados de forma conjunta (PSF11).

É notório que parte dos profissionais não estão preparados para cuidados em saúde mental, então eu acho que um preparo organizado, com cursos, com formação, seria viável. Assim é também notório que não há espaço físico adequado para os cuidados em saúde, então eu acho que isso deve ser reestruturado, inclusive quando se trata de comunicação e reuniões (PSF1).

A Educação Permanente em Saúde é necessária para qualificar profissionais inseridos nos serviços. A EPS baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar e ampliar a capacidade de análise, compreensão e intervenção dos profissionais no ambiente de trabalho²³.

Segundo Bispo e Moreira²⁴, a EPS é uma construção do conhecimento no trabalho e para o trabalho e parte do pressuposto de que aprender e ensinar são indissociáveis. Este modelo está vinculado à aprendizagem significativa e à contextualização das necessidades de saúde que a população apresenta, propondo uma construção de saberes voltadas para atender tais demandas. Ou seja, não é simplesmente uma relação de ensinar e aprender, mas, sim, uma formação mediada pelo contexto e pelo coletivo, de caráter dinâmico, direcionada à ampliação de significados mediante a participação e a reflexão de todos por meio do processo de trabalho²⁵.

Uma das formas para se construir, em campo operacional, a EPS, é o próprio desenvolvimento do Apoio Matricial (AM), termo utilizado inicialmente no final do século 20, que propõe um novo modelo de cuidado pautado na colaboração interprofissional, numa perspectiva de corresponsabilização dos casos, integrando diferentes especialidades e níveis de cuidado.¹⁴ Para Hirdes²⁶, os profissionais deverão ser capazes de ultrapassar os limites impostos pela doença, pelo estigma, pelas condições de vida adversas, para produzir outros modos de operar mediante as situações específicas que se apresentam.

Para Treichel, Campos e Campos¹⁵, trata-se de um modelo de intervenção pedagógico-terapêutico que visa a produzir e estimular padrões de relação que perpassem todos os trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação da corresponsabilização pelo usuário. O AM produz uma resposta direta no atendimento à demanda em saúde mental na Atenção Primária, ao favorecer a autonomia nas tomadas de decisão dos profissionais, pois esses adquirem *expertise* nas práticas de saúde mental com diminuição da demanda para os serviços especializados.

A aplicação de tais modelos no cotidiano profissional pode otimizar o sistema de referência e contrarreferência (SRC), uma vez que este se configura como um dispositivo que promove o acesso dos usuários aos diferentes níveis de atenção e esferas de cuidado, mediante as suas necessidades e, portanto, uma atenção integral à saúde²⁷. A educação permanente e o matriciamento, todavia, colaboram diretamente para uma execução do SRC.

Além disso, um instrumento de comunicação padronizado poderia agilizar o acesso do paciente ao especialista nas situações de maior urgência, sobretudo garantindo que a informação chegue a outro nível sem que se perca no meio do caminho, fato que ocorre quando estas referência e contrarreferência são conduzidas pelo usuário^{28, 29,30}.

Deste modo, otimizar o sistema de referência e contrarreferência significa mais do que organizar o itinerário do usuário ao longo do sistema; significa materializar um dos princípios do SUS: a integralidade, promovendo o cuidado continuado dentro do território e a corresponsabilização dos profissionais, usuários e familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a análise do conteúdo, a pesquisadora observou que o método de coleta de dados poderia limitar a pesquisa, por ter sido aplicado por meio do *Google forms* em vez do método presencial, no entanto a pesquisadora tentou reduzir os impactos desta técnica de coleta, não se limitando apenas às respostas dadas por meio do formulário eletrônico, contextualizando com a observação direta do fenômeno em campo determinado, quando tais observações foram registradas em diário de campo.

A articulação do cuidado entre a ESF e o Caps ad ainda é fragmentada, possuindo ruídos na comunicação devido às falhas no processo de desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde Mental, na sobrecarga dos profissionais da rede, na ausência de cronograma para ações de matriciamento e na fragilidade dos processos de referência e contrarreferência, os quais impactam tanto no cuidado prestado quanto na corresponsabilização do cuidado. Estas causas possuem forte implicação para a continuidade do estigma fomentado por uma cultura constituída pelo modelo Psiquiátrico Clássico, ainda presente na Atenção Psicossocial Territorial.

Ainda existe um despreparo dos profissionais em lidar com demandas de saúde mental relacionadas ao uso e/ou abuso de álcool e outras drogas na Atenção Primária à Saúde. Tal dificuldade reflete no acolhimento deste usuário que, por vezes, não se sente acolhido, resultando no seu afastamento dos serviços de saúde.

Evidencia-se a importância da responsabilização tanto da APS quanto dos demais serviços que compõem a Raps no que se refere ao cuidado de pessoas com problemas decorrentes de álcool e/ou outras drogas, considerando-se que o Caps ad sozinho não é suficiente para a cobertura das demandas. Para tanto, é necessário que exista a parceria do município para oportunizar a criação de espaços de reflexão e debates e incentivo aos processos de Educação Permanente em Saúde para os profissionais, matriciamento e sistema de referência e contrarreferência. É preciso fortalecer tanto a Política Nacional de Saúde Mental quanto a de Educação Permanente em Saúde no município, para que a articulação entre as equipes de saúde possa ser aprimorada.

REFERÊNCIAS

- ¹ Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018;23(6):2.067-2.074.
- ² Brasil [Internet]. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; 2001 [citado em: 2 mar. 2022]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- ³ Nunes JMS, Guimarães JMX, Sampaio JJC. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial de Saúde Coletiva. *Physis.* 2016;26(4):1.213-1.232.
- ⁴ Brasil [Internet]. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde; 2011 [citado em: 5 mar. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

- ⁵ Costa PHA, Ronzani TM, Colugnati FAB. No papel é bonito, mas na prática – análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. *Saúde Soc.* 2017;26(3):738-750.
- ⁶ Brasil. Política Nacional de Humanização. Brasil: Ministério da Saúde; 2013.
- ⁷ Brasil [Internet]. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2017 [citado em: 7 maio 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- ⁸ Lima DKRR, Guimarães J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis.* 2019;29(03):e290310.
- ⁹ Gil AC. Metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2017.
- ¹⁰ Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa.* 2017;5(7):1-12.
- ¹¹ Minayo MCS, Costa AP. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação.* 2018;40(40):139-153.
- ¹² Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- ¹³ Brasil [Internet]. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos; 2013 [citado em: 7 maio 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- ¹⁴ Fagundes GS, Campos MR, Fortes SLC. Matriciamento em saúde mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021;26(6):2.311-2.322.
- ¹⁵ Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu).* 2019;23:e180617.
- ¹⁶ Carvalho MFAA. Desarticulação da rede psicossocial comprometendo a integralidade do cuidado. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2017;51:e03295.
- ¹⁷ Silva AP. “Por trás da máscara da loucura”: cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da Atenção Básica. *Revista de Psicologia.* 2019;31(1):2-10.
- ¹⁸ Santos EO et al. Avaliação do estigma e preconceito na organização de redes de atenção aos usuários de drogas. *REBEn.* 2022;75(1):e20210135.
- ¹⁹ Brandão AT et al. Impactos da pandemia de coronavírus em um CAPS infantojuvenil do Distrito Federal. *HRJ.* 2020;1(1):1-20.
- ²⁰ Brasil [Internet]. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros; 2012 [citado em: 2 jun.2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html
- ²¹ Brasil [Internet]. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); 2017 [citado em: 10 jun. 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html
- ²² Brasil [Internet]. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho; 2017 [citado em: 20 jun. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm
- ²³ Brasil [Internet]. 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; 2007 [citado em: 10 jun. 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
- ²⁴ Bispo JPE, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. Saúde Pública.* 2017;33(9):e00108116.
- ²⁵ Rezio LA, Conciani ME, Queiroz MA. O processo de facilitação de Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu).* 2020;24:e200113.
- ²⁶ Hirdes A. Apoio matricial em saúde mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho. *Saúde em Debate.* 2018;42(118):656-668.
- ²⁷ Andrade LS, Francischetti I. Referência e contrarreferência: compreensões e práticas. *Saúde & Transformação Social.* 2019;10(1/2/3):54-63, 2019.
- ²⁸ Mendes LS, Almeida PF. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? *Rev Saúde Pública.* 2020;54:121.
- ²⁹ Brasil [Internet]. Ministério da Saúde (MS). Coronavírus COVID-19. 2021 [citado em: 5 jul. 2022]. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/19/5>
- ³⁰ Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(3):399-407.

Submetido em: 23/8/2022

Aceito em: 14/10/2022

Contribuições dos autores:

Concepção e desenho do estudo:

Karoline Saraiva da Silva Ferreira
Israel Coutinho Sampaio Lima

Revisão de literatura:

Karoline Saraiva da Silva Ferreira

Aquisição de dados:

Karoline Saraiva da Silva Ferreira

Análise e interpretação de dados:

Karoline Saraiva da Silva Ferreira
Israel Coutinho Sampaio Lima

Elaboração do manuscrito:

Karoline Saraiva da Silva Ferreira
Israel Coutinho Sampaio Lima

Revisão intelectual do manuscrito:

Israel Coutinho Sampaio Lima
Ana Suelen Pedroza Cavalcante
Cidianna Emanuely Melo do Nascimento

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: **Não há conflito de interesse.**

Autora correspondente: Israel Coutinho Sampaio Lima

E-mail: isracoutinho@hotmail.com

Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública. Fundação Universidade Estadual do Ceará – Uece – Itaperi – CEP 60714-903
Fortaleza/CE, Brasil

EDITOR

Editora-chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Todo conteúdo da Revista Contexto & Saúde está sob Licença Creative Commons CC – By 4.0.