

Prevenção ao uso de álcool e outras drogas e tratamento na Atenção Primária à Saúde em um município do Sul do Brasil

Alice Hirdes
Grasiela Marcon
Rafael Nicola Branchi
Aline Groff Vivian

Resumo: Este estudo teve por objetivo investigar as ações de prevenção e tratamento a usuários de álcool e outras drogas na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com 12 profissionais da Estratégia Saúde da Família que contam com o apoio matricial em saúde mental, em uma cidade da serra gaúcha. Foi utilizada a análise de conteúdo, na modalidade temática. Os resultados evidenciam a importância do tratamento não só do usuário, mas de toda a família; os resultados também apontaram a importância do vínculo estabelecido entre as equipes de referência e os usuários; a necessidade de investir e qualificar o apoio matricial para dar suporte às equipes da Estratégia de Saúde da Família nas questões referentes ao uso de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; prevenção; abuso de drogas; abuso de álcool; apoio matricial.

Prevention of alcohol and other drugs use and treatment in primary health care in a southern Brazilian city

Abstract: This study aimed to investigate prevention actions treatment to alcohol and other drugs users in Primary Health Care. It is a qualitative survey carried out with 12 professionals who count with mental health matrix support at the Family Health Strategy. It was using the thematic content analysis. Results showed not only the importance of the treatment for the user, but also for his family. Results also showed the importance of the bond established between the reference team and the user; and the need to investigate and qualify the matrix support to help Family Health Strategy teams regarding issues related to the use of psychoactive substances.

Keywords: Primary Health Care; prevention; drug abuse; alcohol abuse; matrix support.

Introdução

Dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) evidenciam que o consumo nocivo de álcool é responsável por cerca de 3,3 milhões de mortes a cada ano, o que corresponde a 5,9% do total de mortes. O consumo excessivo de álcool tem relação causal direta com mais de 200 condições de saúde, incidindo no desfecho clínico de doenças infecciosas como tuberculose, pneumonia e HIV/AIDS; 7,6% de todas as mortes de homens em 2012 foram atribuídas ao álcool, em comparação com 4,0% de mortes de mulheres.

Nos 194 países avaliados, o consumo médio, em pessoas com 15 ou mais anos, é de 6,2 litros/ano. No Brasil, o consumo médio é de 8,7 litros pessoa/ano, fazendo com que ocupe a 53ª posição entre os que mais consomem álcool. Em nosso país, esse volume caiu entre 2003 e 2010. Há dez anos, a taxa era de 9,8 litros por pessoa. Em 1985, a taxa era de

4 litros pessoa/ano. Contudo, projeções indicam que até 2025 o Brasil terá ultrapassado os 10 litros pessoa/ano. Considerando o gênero, no Brasil, os homens consomem 13 litros por ano e as mulheres, 4 litros. Cerca de 60% do consumo é de cerveja; apenas 4% são representados pelo vinho. Dentre os brasileiros que bebem um terço já abusou do álcool em alguma ocasião. A taxa é bem superior à média mundial de 16% (WHO, 2014).

Segundo estimativa da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), 19 bilhões de pessoas são dependentes de álcool no Brasil. A verba para o tratamento psicossocial de dependentes químicos passou de R\$ 619 milhões em 2002 para R\$ 2,1 bilhões em 2012. Em 2011, o SUS gastou 1,8 bilhão com a Rede de Atenção Psicossocial, responsável pelas ações voltadas para usuários de drogas e álcool no país. Esse montante representa 2,5% do orçamento do governo federal para a área da saúde. Do total destinado à Rede de Atenção Psicossocial, 34% foram usados em internações e atendimentos hospitalares, 490 milhões foram destinados ao pagamento de 2,5 mil leitos exclusivos para o tratamento de dependentes químicos (ABEAD, 2012).

No âmbito nacional, existem dois planos recentes na área de álcool e outras drogas. O Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD, 2009) e o Plano Crack (2010). Esses planos direcionam, sistematizam o atendimento e a reinserção social para essa população, assim como a capacitação dos profissionais que atuam nesta área. Estes planos foram instituídos para fazer frente ao aumento do consumo de crack no país e de grande fragilidade estrutural, em razão da carência de ações comunitárias aos usuários. Entretanto, em relação às drogas e a Atenção Básica, Andrade (2011) aponta algumas questões que dificultam a abordagem aos usuários, quais sejam: a reduzida inserção territorial dos CAPS-ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), ficando o atendimento reduzido ao próprio serviço; a subutilização dos CAPS-ad em razão da população alvo não identificar este como um serviço de referência; o envolvimento com práticas socialmente discriminadas e/ou ilegais, que não favorecem o encontro entre estes usuários e os serviços de saúde.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde formulou uma Política Nacional Específica para Álcool e Drogas para fazer frente ao desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários, segundo a Lei 10.216/01, marco legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para que esses novos objetivos fossem atingidos, fez-se necessária a construção de uma rede de assistência baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial localizada no território e articulada ativamente com outros serviços sociais, visando, com isso, além da reabilitação psicossocial, a conquista da reinserção social dos seus usuários que apresentem problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Neste contexto foram criados centros especializados em saúde, tais como Os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS-ad), ampliando não só os processos de promoção e prevenção à saúde através da atuação no tratamento de usuários, como também na criação de estratégias para a redução de danos (Pinho & Almeida, 2008).

Dentre as competências da Atenção Primária à Saúde (APS) está o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção (Nunes, Jucá, & Valentim, 2007). Entretanto, percebe-se que a atuação dos profissionais da ESF foca, principalmente, a abordagem do problema quando este já está posto e suas consequências, tanto para a família quanto para o usuário, já estão repercutindo de maneira negativa.

Estudos recentes (Gazignato & Silva, 2014; Brites, Weiller, Silveira, Françóis, Rosa, e Righi, 2014; Cordeiro, Soares, Oliveira, Oliveira, e Coelho, 2014; Fittipaldi, Romano, & Barros, 2015) apontam para as possibilidades e limites do Apoio Matricial (AM) em saúde mental para a construção do cuidado integrado na Atenção Primária à Saúde (APS). Esses estudos abordam o AM na perspectiva da saúde mental e na ótica de diferentes atores. Entretanto, no que tange a pesquisas específicas sobre a interseção AM e drogas, há uma lacuna de publicações. O AM constitui-se em um modo de organizar o trabalho inter profissional e um arranjo organizacional a partir do qual se trabalha a função apoio. Dentre as diretrizes que permeiam o AM estão: a lógica do apoio e da cogestão nas relações inter profissionais; a interdisciplinaridade e a cogestão no cuidado em saúde (Oliveira & Campos, 2015).

Esta pesquisa faz parte do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde Mental, que apoia o desenvolvimento de processos formativos para a área de Saúde Mental. A educação pelo trabalho visa à qualificação em serviço dos profissionais que trabalham na área de saúde mental, crack, álcool e outras drogas, bem como de iniciação ao trabalho e formação de acadêmicos dos cursos de graduação da área da saúde e humanas para as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, este estudo teve como objetivo investigar as ações de prevenção e tratamento desenvolvidas por equipes da Estratégia Saúde da Família, acompanhadas pelo AM, aos usuários de álcool e outras drogas.

Método

O presente trabalho, trata-se de um estudo qualitativo. Participaram 12 profissionais de nível superior (enfermeiros, assistente sociais, psicólogos, médicos clínicos) de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Caxias do Sul, RS. Foram elencados como critérios de inclusão dos participantes: atuar em Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) que contavam com equipes do Apoio Matricial (AM) em Saúde Mental; acompanhadas há pelo menos um ano pela equipe matricial. A escolha das quatro UBS (Unidade Básica de Saúde) se deu em razão de, nessas unidades, ter sido implantado um projeto piloto de AM em saúde mental no município.

A Secretaria Municipal de Saúde conta com uma rede de 47 UBS. Destas, 18 têm implantada a ESF, totalizando 32 equipes da Saúde da Família, além de 15 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Na área da saúde mental, o município dispõe dos seguintes serviços especializados: CAPS Cidadania, CAPS Reviver, CAPS Infantil, CAIS Mental, APOIAR e três Residenciais Terapêuticos. Na atenção terciária existem leitos de atenção integral à saúde mental em hospitais gerais, além de um hospital psiquiátrico.

Em consonância com a proposta de qualificar o modo de produção do cuidado, desde 2007, vem sendo desenvolvido um projeto piloto de Apoio Matricial em saúde mental em quatro UBS de Caxias do Sul/RS. Várias ações de saúde mental foram estruturadas nestes territórios, mas, limitadas pela dificuldade de deslocamento do restante da equipe dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que tinham que atender, também, a demanda dos próprios serviços. Em 2010, foi criada uma equipe volante de Apoio Matricial, composta por uma psiquiatra, duas assistentes sociais, uma enfermeira e duas psicólogas, atendendo, em regime de projeto piloto, quatro UBS do município.

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram entrevistas semiestruturadas, que contêm um roteiro que visa apreender o ponto de vista dos atores sociais do objeto da pesquisa. É um instrumento utilizado para orientar uma “conversa com finalidade”, que deve permitir o aprofundamento da comunicação, é um guia a facilitar a entrevista (Minayo, 2010). As entrevistas foram realizadas mediante agendamento prévio com os profissionais das UBS e tiveram um tempo médio de duração de 50 minutos.

Em relação à análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo, na modalidade temática proposta por Minayo (2010) que compreende: a ordenação, a classificação e a análise final dos dados. A ordenação dos dados englobou a realização das entrevistas semiestruturadas. Essa etapa consistiu na transcrição de fitas cassete; releitura do material; organização dos relatos em determinada ordem, de acordo com a proposta analítica. A etapa seguinte, a classificação dos dados foi operacionalizada através da leitura exaustiva e repetida dos textos. Através deste exercício se fez a apreensão das “estruturas de relevância” a partir das falas dos sujeitos do estudo. Nestas estão contidas as ideias centrais dos entrevistados. As estruturas de relevância originaram as áreas temáticas. A análise final permitiu fazer uma inflexão sobre o material empírico e o analítico, num movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa. Os dados foram discutidos à luz das evidências científicas recentes sobre o tema álcool e outras drogas, prevenção e tratamento.

Cabe ressaltar que foram respeitados os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, conforme determina a resolução no 196/96 (Brasil, 1996). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética Institucional da Universidade de Caxias do Sul, sob o n. 184/11. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os procedimentos para esclarecimentos sobre a pesquisa foram realizados pelos pesquisadores, mediante informação individual. Os entrevistados foram identificados por letras e números, de forma a preservar o anonimato (P1 a P12).

Resultados e discussão

Na análise dos dados, extraídas as estruturas de relevância das falas dos participantes, foram identificadas duas áreas temáticas: a prevenção e o tratamento na perspectiva dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família; o apoio matricial e seu funcionamento em Unidades Básicas de Saúde.

A prevenção e o tratamento na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Nesta área temática, os profissionais das Unidades Básicas de Saúde abordam o seu ponto de vista no que concerne aos fatores relacionados à prevenção e tratamento de usuários de álcool e outras drogas. A realização de ações na APS, visando à promoção em saúde direcionada aos usuários de álcool e outras drogas ainda são escassas e encontra ressonância na pesquisa.

“Ações de promoção em saúde” que são desenvolvidas, eu acho que a gente está bem carente ainda disso [...] a gente desenvolve realmente poucas ações de promoção de saúde, eu, como enfermeira, tenho trabalhado mais no curativo,

na escuta desse paciente e nos encaminhamentos que eu posso estar dando para auxiliá-lo. (P2)

[...] mas dentro da UBS a gente deixa a desejar; a gente tem que pensar em fazer algo [...] a gente já se preocupou, mas não fazemos nada de concreto ainda, a gente vê pelas estatísticas que muitos são usuários, de álcool e drogas e pouco se está se fazendo na promoção, então a gente deveria pensar, e é uma questão que a gente pode colocar nas reuniões e começar a agir aqui na UBS. (P5)

Desde sua criação, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) assumiu um papel de fundamental importância política e social no âmbito do sistema de saúde brasileiro, visando à substituição do modelo assistencial vigente por uma nova proposta de reestruturação e implementação do sistema de atenção à saúde. Este novo modelo permite uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, visto que a família passa a ser um dos principais componentes da atenção e do cuidado (Silveira & Vieira, 2009). Assim, por sua proximidade com as famílias e as comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e as diversas formas de sofrimento psíquico (Brasil, 2003).

Cabe, então, ao profissional encontrar uma solução que acaba, na maioria das vezes, culminado com uma tentativa de encaminhamento para um serviço especializado ou internação hospitalar.

Sendo assim, as dificuldades de ações de promoção de saúde ficam nítidas. A partir das falas dos entrevistados, o que não atende as competências requeridas para a APS. Em relação aos programas de prevenção, um dos participantes relatou:

Eu acho que a principal intervenção com o usuário de álcool e outras drogas é justamente antes que eles sejam usuários de álcool e outras drogas, é na prevenção, então por isso que a gente faz, eu acho que hoje a atividade que a gente faz. A UBS se faz mais eficaz nesse sentido, eu acho que é o trabalho na escola, que é a primeira infância, a adolescência, que é onde a gente trabalha vários assuntos, e na adolescência, assim, principalmente, dentre outros, o uso de drogas e outras substâncias como o tabaco, etc. (P3)

Nesse sentido, os programas de prevenção devem ser planejados de modo a reforçar aspectos positivos (fatores de proteção) da vida do indivíduo e diminuir aspectos negativos (fatores de risco) que possam se tornar prejudiciais. Somente uma sociedade organizada poderá cobrar ações governamentais e não governamentais que visem à disponibilização de serviços e políticas públicas capazes de minimizar os riscos de uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Também devem ser consideradas estratégias preventivas aquelas que se dedicam à melhoria de qualidade de vida na comunidade, ao fortalecimento dos vínculos familiares e institucionais e a atenção à saúde física e emocional da população (Campos & Figlie, 2011).

Em relação à saúde mental e a ESF, a importância desta última seria de atuar como um importante articulador da rede de saúde mental, objetivando superar o modelo vigente até então, ou seja, o modelo hospitalocêntrico, centrando o cuidado não apenas no usuário

de álcool e outras drogas, mas também na família, que integra este contexto (Silveira & Vieira, 2009). Além disso, cabe a estes profissionais trabalhar com os conceitos de cuidados à saúde, desenvolvendo estratégias e atividades de promoção e prevenção em saúde mental, enfatizando os riscos e as consequências que o envolvimento com álcool e outras drogas pode acarretar.

Os entrevistados demonstraram que a compreensão dos efeitos terapêuticos não deve ser baseada apenas no desaparecimento dos sintomas, mas também na procura de eventuais causas que estão por trás destes, preocupando-se igualmente com o contexto psicossocial que cerca o indivíduo. *“Nosso papel é também ver o que leva eles a beber, se é só o vício ou se têm um problema por traz que a gente pode ir sanando”*. (P4).

Nesse aspecto, Camuri e Dimenstein (2010) constataam que as equipes da ESF lidam no cotidiano com uma demanda importante de transtornos mentais, comuns e/ou graves, sem nenhuma orientação sobre as intervenções que devem ser desenvolvidas e a prescrição indiscriminada de psicotrópicos. Essas equipes geralmente estão inseridas em áreas pobres, com poucos recursos comunitários, afetadas pela violência, pelo tráfico de drogas e pelo desemprego. Outros autores defendem que com a inclusão de ações de saúde mental na ESF, os tratamentos deixariam de ser baseadas exclusivamente ou, preponderantemente, na administração de medicações e o sujeito em questão ganharia destaque como participante principal no tratamento, sendo a família e o seu contexto sociocultural, agentes fundamentais do cuidado (Nunes, Jucá, & Valentim, 2007).

A construção de programas de prevenção e promoção pelos profissionais da ESF deve basear-se no conhecimento da população da respectiva UBS. Dentre as informações importantes, destacam-se as taxas dos transtornos mentais na população, a prevalência de usuários de álcool e drogas e os tipos de drogas mais consumidas. Além destes dados, faz-se necessário buscar informações sobre quem é este usuário, seu nível de instrução, a condição de moradia, o contexto familiar e os fatores de risco a que está exposto. O conhecimento desse contexto é particularmente relevante quando se trata de uma faixa etária que se encontra na transição entre a infância e a adolescência, em que a busca por novas experiências e a curiosidade de experimentação encontra-se em ascensão. Estas informações resultarão no planejamento dos serviços de saúde oferecidos à comunidade (Tanaka & Ribeiro, 2009).

Neste contexto, os profissionais entrevistados demonstraram consciência da importância das medidas de prevenção e promoção relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Igualmente, sabiam da vulnerabilidade que caracteriza a faixa etária mais jovem. Desse modo, intervenções abrangendo crianças e adolescentes devem ser planejadas no âmbito da APS, visando instrumentalizá-las frente à situação envolvendo tais substâncias. *“[...] porque quando se trabalha na questão de prevenção de crianças e de adolescentes, eles já vão começar a questionar, por exemplo, aqueles pais que bebem [...]. Acredito que isso já seja uma um tipo de intervenção”*. (P1).

Pode-se depreender das falas dos participantes, que nem sempre a comunicação entre os serviços de saúde da APS e os serviços especializados, como os CAPS, ocorre de forma articulada. Segundo os profissionais, perde-se muita informação, sendo

necessário um sistema mais efetivo de retorno à equipe que fez o primeiro acolhimento deste paciente.

Eu vou dizer que a gente está muito fragmentada. Nos comunicamos pouco entre as instituições. Eu gosto muito dos CAPS, mas temos muito pouca fala com eles, e quando sabemos das coisas muitas vezes já estouraram um problema maior. (P4) A gente gostaria de saber se o nosso paciente está em tratamento, se está indo, esse fluxo se perde. Então precisaria uma rede melhor nesse sentido [...]. (P5)

Uma pesquisa realizada em Campinas, SP, em 2006 e 2007, por meio de 20 grupos focais – 12 grupos com trabalhadores de cada um dos seis CAPS, dois grupos com o colegiado municipal de saúde mental, dois grupos com os gerentes dos CAPS envolvidos, dois grupos com familiares de usuários dos seis CAPS e dois grupos com usuários –, também apontou dificuldades na articulação da rede. Foram relatados como dificuldades os entraves na formação de parcerias com a rede como um todo; o recebimento e acompanhamento de pacientes ainda desconhecidos pela equipe, sobretudo à noite e nos fins de semana, pois nesses períodos críticos costumam trabalhar no CAPS apenas profissionais de enfermagem, em esquema de plantão. Ainda se relatou como necessário objetivar os critérios de indicação de leito-noite, que tem sido utilizado no limite ou acima de sua capacidade durante o período em estudo. Dentre as outras dificuldades apontadas nesta pesquisa estão o não acompanhamento sistemático dos usuários internados em leitos fora do CAPS e o número excessivo de usuários por profissional de referência (Campos, Furtado, Passos, Ferrer, Miranda, & Gama, 2009).

Na perspectiva dos profissionais entrevistados, o tratamento para os usuários de álcool e outras drogas é um processo que exige, em especial, dedicação e persistência, tanto da equipe que está envolvida, quanto do desejo que este usuário possui em se tratar. A fala abaixo remete a frustração do profissional quando o usuário tem recaídas e, o conseqüente “deixar de lado” esta pessoa.

E eu acho que o que interfere muito nessa questão é que não é fácil o tratamento, então às vezes o profissional se envolve, aí a pessoa vai, ela consegue por um determinado tempo, daí depois ela acaba usando de novo, como consequência desgastando [...] e o profissional tende a deixar de lado, tende a pensar “eu já fiz tudo, ele não quer se ajudar”, mas é muito mais complexo. (P7)

Lidar com a frustração demanda um trabalho articulado com as equipes de AM, para que os profissionais da APS sintam-se amparados em suas angústias e recebam supervisão adequada.

Outra questão que necessita ser desmitificada com o usuário e a família é a ideia ilusória que ambos criam acerca do tratamento, mencionada nas falas dos profissionais. Observa-se também, que a falha no tratamento se dá pela falsa ideia de “cura” trazida pelas internações.

[...] então nós temos esse mito de que a internação é uma solução “mágica” e acabamos perdendo o paciente, não dando mais continuidade ao tratamento. (P9)

O que eu vejo na realidade é que as pessoas querem soluções mágicas e isso não vem só do usuário nem só da família, vem também dos profissionais. Às vezes as pessoas não acreditam que é um trabalho muito mais difícil. (P6)
Aliado a este conceito encontra-se a brevidade do processo de reabilitação que muitos usuários e familiares têm em mente. Porque a família tem a ideia de que se o paciente ficou internado, quando ele sair não precisa de acompanhamento. (P10)

Nesse sentido, faz-se importante informar ao usuário, à família e aos profissionais que a dependência química é uma doença crônica que necessita de monitoramento constante com vistas à prevenção de recaídas. Outra possibilidade que deverá ser de conhecimento de todos os envolvidos no cuidado, que poderá trazer benefícios à vida é a perspectiva da Redução de Danos (RD). Entretanto, Andrade (2011) ressalta que a política de RD no Brasil não é linear, evidenciando ambivalências enquanto política de Estado. Essas diferentes perspectivas também se evidenciam na prática dos profissionais.

O acesso aos serviços e aos cuidados é dificultado pelo estigma atribuído ao uso nocivo de substâncias entorpecentes pela comunidade em geral, o que não estimula a procura por ajuda, pois pensam que receberão um julgamento moralizado pelos profissionais de saúde. Isto pode resultar na negação de sua situação de adicto ao álcool e/ou outras drogas e, acabar retardando o processo de tratamento e reabilitação dos mesmos (Ronzani & Furtado, 2010; Gomide, Lopes, Soares, Silveira, Bastos, & Ronzani, 2010). O estigma também foi abordado como ocorrendo entre os profissionais.

Uma das dificuldades é isso, é quando a equipe não está capacitada, não está aberta. Também tem muito preconceito ainda, que a gente tem que trabalhar, porque o alcoolista é um drogado, é um marginal, não tem vontade, essas coisas. (P7)

Entretanto, cabe ressaltar também, que a negação faz parte do perfil dessa população, e a primeira etapa a ser conquistada é o vínculo. Esses achados foram encontrados em outro estudo, que investigou a assistência ao usuário de drogas na APS e os desafios que fragilizam o cuidado dessa população. Entre os desafios encontrados estão à dificuldade em estabelecer vínculo; o preconceito contra os usuários; o receio dos profissionais em abordar o assunto drogas; a crença sobre o conhecimento insuficiente sobre como lidar com usuários de substâncias psicoativas. Outras questões incluem a centralização da assistência em serviços especializados, como o CAPS-ad, e a persistência no imaginário social do modelo institucionalizante como alternativa mais eficaz (Paula, Jorge, Vasconcelos, & Albuquerque, 2014).

Vale ressaltar que os impactos da estigmatização normalmente residem não só nos resultados físicos, mas em suas consequências sociais e psicológicas (Ronzani & Furtado, 2010; Gomide *et al.*, 2010). “*Tem a parte social que a gente sabe que é bem complicado de tratar, demora para mudarmos alguma coisa na realidade dele, às vezes o grau de instrução dele não facilita. O estigma dele e da família também são dificultadores*”. (P4). As estratégias para mudanças de posturas que levam a

estigmatização do uso de álcool e outras drogas devem ser vistas não só como uma maneira de prevenir os danos associados, como também de melhorar a eficácia e o acesso ao tratamento. O estigma favorece a falta de acesso à rede de cuidados, a exclusão e a marginalização dessa população.

Pesquisa realizada por Silveira e Vieira (2009), objetivando mapear as modalidades de atenção em saúde mental desenvolvidas em uma unidade de saúde no Rio de Janeiro, apontou que a reorganização das ações em saúde mental deve considerar, dentre outros pontos, as dificuldades na acessibilidade dos usuários às ações e serviços de saúde mental. Isso se deve em razão do acesso representar o primeiro obstáculo a ser superado pelo usuário que busca atendimento em saúde mental. As falas dos profissionais evidenciam as dificuldades existentes entre as UBS e os serviços especializados em saúde mental. “[...] muitas vezes temos poucos lugares para colocar essas pessoas, com poucas vagas nos CAPS, demorado agendar, psiquiatra também a gente tem muitas dificuldades, de saber da contra referência, da dificuldade de agendar consultas, demora muito para eles chegarem lá”. (P4). Nesse sentido, com vistas a superar a falta de recursos e a precariedade do sistema, posteriormente à realização da pesquisa foram criados consultórios de rua, equipamentos desenvolvidos para atender a população em situação de rua, na qual o uso de SPAs é bastante frequente e que tem como objetivo fazer a ‘ponte’ entre a APS e os serviços especializados.

Ressalta-se que as consequências da acessibilidade se refletem tanto no retardo do início do tratamento por um profissional qualificado, quanto nas taxas de desistência por parte dos usuários.

[...] vem desde a questão de conseguir uma vaga, às vezes não tem lugar, desejamos que esse fluxo funcionasse em todas as instâncias, se a gente conseguisse passar por cada avaliação, conseguisse uma internação seria bem mais efetivo o tratamento. (P7)

[...] sempre procuro fazer de tudo para que o usuário já saia daqui com um encaminhamento para o CAPS, porque se eu não conseguir o agendamento, aí eu agendo outro dia e ele não vem mais... (P10)

Andrade (2011) sinaliza que não se pode desconsiderar que o atendimento que os serviços de saúde em geral e mesmo alguns CAPS-ad não levam em consideração as pautas culturais e o modo de vida destas pessoas. Assim, fica para estes serviços a visão cômoda de que a pessoa não quer se cuidar, o que ratifica a exclusão social e a precariedade da assistência à saúde. Outras questões que envolvem a acessibilidade são os custos com transporte.

Outro aspecto relatado pelos participantes é em relação à falta de preparo dos profissionais para lidar com tal cenário.

A dificuldade seria em buscar o usuário que no momento ele não quer ajuda, e a gente sabe que ele precisa [...] só que ele não está disposto a isso. Acho que essa seria a nossa maior dificuldade – como abordar esse usuário, como auxiliá-lo no momento que ele não está aberto para isso; se cabe a nós; se não cabe a nós –, porque aquele que vem procurando ajuda, para nós não é difícil de escutar, de

auxiliá-lo, de dar todos os encaminhamentos, mas, aquele que não está aberto, que não quer, aí, esse, sim, a gente não, eu pelo menos não tenho preparo, não tenho como, não sei como poderia se fazer uma abordagem para esse usuário. (P2)

Esta preocupação encontra equivalência em outro estudo, que aborda o impacto da capacitação dos profissionais de saúde e da supervisão continuada na mudança de atitudes dos profissionais, orientando para a identificação de fatores de proteção e de risco e, na incorporação das práticas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas. A formação de profissionais de saúde neste campo ainda é incipiente, visto que, historicamente, os cursos de graduação que tinham em seus currículos aspectos relacionados ao manejo e tratamento em saúde mental estavam muito mais focados no atendimento a doenças psiquiátricas do que no desenvolvimento de competências para realizar intervenções de saúde mental (Ronzani & Furtado, 2010). A APS atende, diariamente, uma demanda importante de transtornos mentais que, em razão da falta de capacitação por parte dos profissionais, estes casos acabam, muitas vezes, fora do âmbito de atenção das equipes. Uma abordagem que seria útil para estes profissionais é a entrevista motivacional, em razão da forma criativa com que trabalha a ambivalência do usuário em relação ao tratamento (Rollnick, Miller, & Butler, 2009).

As entrevistadas evidenciam desconforto, impotência e muitas dúvidas sobre o que fazer com a demanda de saúde mental. *“Se ele chegar aqui em surto a equipe tem dificuldade em lidar com isso, porque todo mundo tem que se envolver. Então, acho que uma das dificuldades é isso, é quando a equipe não está capacitada, não está aberta”.* (P7). A questão da assistência aos usuários de drogas, no contexto da APS é relegada a um plano secundário. Não são priorizadas ações de promoção, prevenção ou acompanhamento dessa demanda em razão da precária formação dos profissionais na temática, do preconceito dos próprios profissionais da APS e pelo estigma imposto pela sociedade ao usuário de drogas (Paula *et al.*, 2014).

Há escassez de orientações para os profissionais acerca das intervenções que devem ser desenvolvidas para as pessoas com necessidades múltiplas, vivendo situações de isolamento social, de abandono familiar e com baixo nível de adesão aos serviços de saúde. *“A grande maioria dos que trabalham aqui na UBS fizeram um concurso público, entraram, fazem parte de uma equipe de saúde da família, mas não receberam uma capacitação, uma orientação, um direcionamento para trabalhar com isso”.* (P3). Nesse sentido, Paula *et al.*, (2014) recomendam ações que promovam a reflexão dos trabalhadores dos serviços de saúde sobre o uso de drogas e o contexto sociocultural em que estão inseridos os sujeitos; o acolhimento das demandas das famílias; a instituição de intervenções dirigidas às famílias, em razão desta atuar como mediadora entre os trabalhadores e os usuários. Além de receber suporte de uma equipe especializada na condução dos casos e apoio para os encaminhamentos, como o apoio matricial em saúde mental.

Os participantes reconheceram a falta de ações de promoção e prevenção no âmbito das SPAs, assim como, que não se sentem capacitados e preparados para o acompanhamento destes usuários. Dentre as dificuldades relatadas pelos profissionais está a estigmatização presente não só na comunidade, mas também entre os profissionais de

saúde, especialmente no âmbito de álcool e outras drogas. Esse estigma foi evidenciado em algumas entrevistas, mediante expressões “essas pessoas”, “o vício”, corroborando a sua existência.

O apoio matricial e a operacionalização em Unidades Básicas de Saúde

Alguns profissionais referiram que aprenderam sobre vários assuntos, porém, na hora de lidar com o usuário que chega à UBS, sentem-se despreparados, em razão de não terem a prática clínica na área e, desse modo, acabam encaminhando este paciente para um serviço especializado.

Na verdade o matriciamento ficou muito na questão teórica, assim não houve nenhuma saída nova, ficou muito mais em como a droga funciona, o mecanismo de ação, para mim acrescentou pouco (P12)

[...] têm esses dois lados, nos ajuda a refletir, nos traz mais conhecimento, mas ao mesmo tempo, daí não nos dá esse outro suporte bem objetivo mesmo, concreto para a tua ação. A gente fica muito ainda sozinho. (P1)

O modelo de saúde tradicional é organizado de forma vertical. Ocorre à entrada do usuário na rede, este é examinado por um clínico geral e, em muitos casos, esse é encaminhado a um especialista, utilizando o sistema de referência e contra referência. Em grande parte dos casos, o profissional que encaminha esse paciente não recebe o retorno da consulta com o especialista, perdendo-se a informação e o tratamento que esta pessoa está recebendo. O trabalho articulado entre o apoio matricial e as equipes de referência visa mudar este tipo de atendimento, introduzindo a horizontalização (Campos, 1999). Ou seja, a integração entre os profissionais que acolhem o usuário e a equipe especializada, na qual todos são responsáveis pelo paciente, e agem de acordo com sua função.

Outras falas evidenciam que o AM oferece uma retaguarda especializada aos profissionais das UBS.

[...] a equipe do matricialmente nos mostrou que devemos trabalhar em equipe [...]. (P5)

O matricialmente vem nos orientar. (P11)

[...] mas acredito sim nessa supervisão, nessa orientação e conforme formos discutindo os casos acredito que conseguimos ter um plano de ação juntos. (P8)

Então o matriciamento nos ajuda muito a trabalhar na questão de como abordar, entender, aprender mais sobre o álcool e drogas, como abordar a família, entender que tipo de ajuda essa pessoa precisa, como a gente pode atender. (P12)

Entende-se por equipe de referência no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) que são compostas por profissionais de diversas especialidades, com o objetivo de oferecer à população um atendimento universal, longitudinal e com equidade. A equipe de apoio matricial é composta por profissionais especialistas de diversas áreas que, através de encontros semanais ou mensais, dependendo do lugar onde for implementado, visa contribuir de forma teórica e prática com as equipes de referência (Campos, 1999). Cabe ressaltar, que no município onde foi realizada a

pesquisa, o AM antecedeu a criação dos Núcleos de Saúde da Família (NASF). Assim, os apoiadores tinham vínculo com os serviços de saúde mental, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios especializados.

Existe a compreensão da necessidade de abordagem à família, e não somente ao sujeito que faz uso de substâncias psicoativas.

O matriciamento auxilia até como a gente vai abordar a família, convencimento da família, e também quando a gente tem que dar alta para essa família [...] e também na questão de discutir casos e manejos aqui na nossa UBS. (P11)
Em casos mais graves procurei planejar visitas com a equipe, com a enfermeira, com a agente de saúde, assistente social, até para traçar um perfil da família, não só do usuário envolvido, fazer genograma e fazer vínculo mesmo. (P12)

As visitas domiciliares são importantes para conhecer a dinâmica familiar, estabelecer vínculo com o usuário e a família, realizar contratos terapêuticos, promover a inserção da família no tratamento. Neste sentido, devem ser consideradas uma ferramenta de trabalho, que propiciam conhecer o contexto de vida dos sujeitos, contribuindo para a ampliação do cuidado.

A essência da palavra Matriz, quer dizer o lugar onde se geram e se criam coisas (Campos & Domitti, 2007) e é nesse sentido que a equipe de AM busca agir. A equipe matricial oferece apoio às equipes de referência mediante suporte técnico-pedagógico, abordando diversos assuntos, que incluem desde o manejo dos pacientes, além de assuntos de escolha das equipes sobre determinadas patologias ou tratamentos. Além de dar apoio especializado às equipes de referência, pode ajudar no processo ativo de intervenções junto à população, deixando de ser apenas uma equipe de supervisão e passando a ser uma equipe igualmente intervencionista (Brasil, 2011). Assim, o apoio matricial, se bem implementado deverá atender as necessidades universais do paciente, enfatizando a sua singularidade, porém atendendo a todas as suas necessidades, sejam elas físicas, psíquicas ou sociais (Mielke & Olchowsky, 2010).

No que se refere à proximidade entre os serviços: “*A primeira coisa é que a pessoa tem que confiar em ti, ela tem que ter um vínculo e saber que tu queres ajudar ela independente do teu juízo de valor, se tu concordas com ela ou se não concorda*”. (P11). Igualmente, se faz necessária a aproximação entre os serviços especializados em saúde mental e a atenção básica mediante o AM, ou seja, apoio técnico-pedagógico às equipes de atenção em saúde, superando a lógica de referência e contra referência, de protocolos e centros de regulação rígidos (Quinderé, Jorge, Nogueira, Costa, & Vasconcelos, 2013). Estabelecer um vínculo seguro com os usuários é imprescindível quando se tem a intenção de reduzir a taxa de desistência. Para tanto há que se reorganizar a “porta de entrada”, isto é, clarificar as atribuições das unidades básicas, da ESF e dos CAPS e a relação destes com a comunidade (Silveira & Vieira, 2009).

Outra fala traz a questão do AM propiciar a escuta das dificuldades da equipe. “*Como eu sei qual é a lógica do matriciamento, auxilia a equipe saber lidar, talvez, com algumas questões suas, e, talvez, não pegar para si, toda aquela angústia, não se frustrar porque não consegue [...]*”. (P1). Quinderé *et al.*, (2013) afirmam que o fato de

o AM possibilitar o acompanhamento aos pacientes na própria UBS, essa metodologia favorece o acesso à assistência, reduzindo o deslocamento geográfico e promovendo a assiduidade dos usuários às consultas.

Compreendemos que o AM está em construção nas UBS do município pesquisado. Existem reuniões mensais da equipe matricial com as equipes das UBS, com abordagem de assuntos referentes à temática saúde mental, álcool e drogas e o esclarecimento de dúvidas para os profissionais. Porém, há necessidade de promover ações no território e capacitar os profissionais das equipes de referência para que esses saibam manejar a pessoa que busca o atendimento. Sobretudo, há a solicitação da criação de um sistema integrado de informações, por meio de um prontuário informatizado, para que os profissionais das UBS tenham o retorno do serviço especializado. As análises evidenciam um processo de AM ainda em construção, resultando em insegurança dos profissionais no manejo dos usuários.

Considerações finais

A implementação de ações de prevenção ao uso de substâncias psicoativas, associadas ao tratamento, ao nível de APS integra um conjunto de novas perspectivas metodológicas de trabalho, que subsidiam a abordagem dos indivíduos que, direta ou indiretamente, sofrem com as consequências do envolvimento com o álcool e outras drogas. Nesse sentido, a instrumentalização e o suporte as equipes da ESF por meio do AM constitui-se em um recurso indispensável, haja vista, a inserção desses profissionais no território geográfico e existencial das famílias.

Com relação ao AM e seu funcionamento nas Unidades Básicas de Saúde, pode-se perceber as inúmeras vantagens que essa modalidade de suporte oferece tratando-se do contexto de álcool e outras drogas, uma vez que estimula um atendimento qualificado de abordagem territorial. O AM e as equipes de referência buscam a integração entre os profissionais da ESF que acolhem o usuário e a equipe especializada, qualificando a abordagem inicial e o posterior manejo dos usuários e famílias. As análises efetuadas permitem inferir que a articulação do conhecimento teórico com a prática clínica diária ainda precisa ser qualificada, mediante o atendimento conjunto e ou a discussão e planificação conjunta de projetos terapêuticos singulares.

Evidenciou-se a importância do vínculo da equipe de referência com o usuário de álcool e outras drogas, principalmente para que este se sinta acolhido e possa ver no profissional de saúde não apenas alguém que lhe prescreve medicamentos; mas como uma pessoa de referência para lhe escutar sem emitir juízos de valor e buscar apoio nos momentos de necessidade. Na perspectiva dos profissionais entrevistados, o tratamento envolve um processo que exige persistência e paciência, tanto dos usuários quanto da equipe que assiste o sujeito. Entretanto, os dados analisados apontam para a deficiência na capacitação para a abordagem a usuários de álcool e outras drogas, resultando em insegurança no atendimento aos usuários.

No que tange às ações de promoção e prevenção, os participantes da pesquisa reconhecem que essas são limitadas usualmente às campanhas nas escolas. Desse modo, são necessárias mudanças para qualificar as abordagens a usuários de álcool e outras

drogas, tais como: investir na capacitação profissional; qualificar a articulação entre os CAPS e as equipes da ESF; desmitificar os transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas na comunidade; supervisionar e apoiar as equipes de profissionais generalistas da APS, mediante a estratégia do apoio matricial em saúde mental. Além disso, faz-se necessário a inserção de conteúdos referentes à temática nos cursos de graduação, sobretudo, para que a capacitação dos profissionais de saúde se inicie ainda em ambiente acadêmico e possa instrumentalizá-los para ações de prevenção, promoção, intervenção e redução de danos na perspectiva da APS.

Pode-se apontar como uma limitação do estudo a realização de entrevistas somente com os profissionais da Estratégia Saúde da Família. A inclusão dos apoiadores matriciais em saúde mental poderia ter contribuído com diferentes perspectivas, sobretudo considerando ser este um projeto piloto de AM.

Referências

- Andrade, T. M. (2011) Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674.
- Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas – ABEAD (2012). *SUS gasta R\$ 1,8 bilhão por ano com dependentes*. Disponível em: <<http://www.abead.com.br/noticias/exibNoticia/?cod=679>>.
- Brasil (2014). Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção básica*. O vínculo e diálogo necessários. Inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica. Circular conjunta nº 01/03 de 13/11/2003.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. (2003) 2. ed. rev. ampl. Brasília.
- _____. Ministério da Saúde. Chiaverini, D.H. (Org). (2011) *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196, de 1996*. Dispõem sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: O Conselho, 1996.
- Brites, L. S., Weiller, T. H., Silveira, D., Françóis, A. P. W., Rosa, F. M. da, & Righi, L. B. (2014) “A gente vai aprendendo”: o apoio matricial na Estratégia de Saúde da Família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. *Saúde debate*, 38(101,) 285-295.
- Campos G. W. S. & Domitti, A.C. (2007) Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Campos, G. W. S. (1999) Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.
- Campos, G. M. & Figlie N. B. (2011) Prevenção ao uso nocivo de substâncias focada no indivíduo e no ambiente. In: Diehl, A.; Cordeiro D.C.; Laranjeira R. (Orgs). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.

- Campos, R. T. O., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L., & Gama, C. A. P. da. (2009) Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 34(supl. I), 16-22.
- Camuri, D. & Dimenstein, M. (2010) Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, 19(4), 803-813.
- Cordeiro, L., Soares, C. B., Oliveira, E. de, Oliveira, L. C. de, & Coelho, H. da V. (2014). Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com agentes comunitários de saúde. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 897-907.
- Fittipaldi, A. L. M.; Romano, V. F. & Barros, D. C. (2015) Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 39(104), 76-87.
- Gazignato, E. C. da S. & Silva, C. R. de C. (2014) Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 38(101), 296-304.
- Gomide, H. P., Lopes, T. M., Soares, R. G., Silveira, P. S. da, Bastos, R. R., & Ronzani, T. M. (2010) Estereótipos dos profissionais de saúde em relação a alcoolistas em Juiz de Fora-MG, Brasil. *Psicologia, teoria e prática*, 12(1), 171-180.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010-cidades. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/232GT>>.
- Mielke, F. B. & Olchowsky, A. (2010) Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 900-907.
- Minayo, M. C. de S. (2010) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (12ª ed.). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Nunes, M., Jucá, V. J., & Valentim, C. P. B. (2007) Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e Sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2375-2384.
- Oliveira, M. M. de & Campos, G. W. de S. (2015) Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 229-238.
- Paula, M. L. de, Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., & Albuquerque, R. A. (2014). Assistência ao Usuário de drogas na Atenção Primária à Saúde. *Psicologia em Estudo*, 19(2), 223-233.
- Pinho, P. H., Oliveira, M. A., & Almeida, M. M. (2008) A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 82-88.
- Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B., Nogueira, M. S. L., Costa, L. F. A. da, & Vasconcelos, M. G. F. (2013) Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 2157-216.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009) *Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Ronzani, T. M. & Furtado, E. F. (2010) Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 326-332.
- Silveira, D. P. & Vieira A. L. S. (2009) Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 139-148.

Tanaka, O.Y. & Ribeiro, E. L. (2009) Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 477-486.

WHO –World Health Organization. *Global status report on alcohol and health*. Luxemburgo, 2014. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1>.

Recebido em maio de 2015

Aceito em junho de 2016

Alice Hirdes: Enfermeira, Doutora em Psicologia Social (PUCRS). Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Preceptora do Programa Programa Pet Saúde Mental da Universidade de Caxias do Sul, RS.

Grasiela Marcon: Médica Residente em Psiquiatria no Hospital da Cidade de Passo Fundo, RS. Ex-Bolsista do Programa Pet Saúde Mental da Universidade de Caxias do Sul, RS.

Rafael Nicola Branchi: Médico Residente de Cirurgia Geral no Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS. Ex-Bolsista do Programa Pet Saúde Mental da Universidade de Caxias do Sul, RS.

Aline Groff Vivian: Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia (UFRGS), Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e dos Cursos de Psicologia e Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

Endereço para contato: alicehirdes@gmail.com