

ATUAÇÃO DO PSICOLOGO NO CAPS-AD: REFLEXOS NA GESTÃO DA SAÚDE MENTAL

PSYCHOLOGIST ACT IN CAPS-AD: REFLECTIONS ON MENTAL HEALTH MANAGEMENT

Enio Dioquene Luiz Filho¹, Aline Silveira²

¹ Acadêmico do Curso de Psicologia da Urcamp

² Prof^a Mestre em Saúde e Comportamento, Urcamp

Resumo: o presente artigo se propôs a fazer uma análise investigativa da atuação do psicólogo no CAPS-AD do município de Bagé e Pelotas, podendo assim conhecer os profissionais envolvidos na atuação deste serviço, incluindo sua posição frente a gestão que permeia as atividades dos mesmos, vinculado à articulação da rede em saúde mental em tais municípios, sendo que tais conteúdos e dados desta pequena amostra se propõem a evidenciar, as lacunas que estão presentes na saúde pública, que através da aplicação de técnicas e postura neste campo de atuação busca compreender a contribuição da psicologia neste contexto. Metodologicamente este estudo tratou-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, onde seis profissionais que atuam no CAPS-AD foram entrevistados e após a coleta dos dados, a análise ocorreu segundo o método de análise de conteúdo proposto por Bardin. Frente aos resultados obtidos e as referências teóricas estudadas evidenciou-se que, a articulação em rede em saúde mental falha, consigo traz consequências, sendo elas a própria restrição em recursos, alta demanda, assim como, o fortalecimento do preconceito em cima do dependente químico. Outro ponto em destaque na pesquisa foi o baixo conhecimento dos profissionais psicólogos nas questões que envolvem contexto micro e macro político, que reflete diretamente na forma como o serviço se propõem.

Palavras chaves: Políticas Públicas, Gestão em Saúde Mental, Atuação dos Psicólogos no CAPS-AD.

Abstract: This article proposes to make an investigative analysis of the psychologist's work in the CAPS-AD of the municipality of Bagé and Pelotas, so that they can meet the professionals involved in the performance of this service, including their position regarding the management that permeates their activities, linked to the articulation of the network in mental health in such municipalities, and such contents and data of this small sample are intended to highlight the gaps that are present in public health, which through the application of techniques and posture in this field seeks to understand the contribution of psychology in this context. Methodologically, this study was an exploratory research of a qualitative nature, where six professionals working in CAPS-AD were interviewed and after data collection, the analysis was performed according to the method of content analysis proposed by Bardin. Faced with the results obtained and the theoretical references studied, it was evidenced that, the network articulation in mental health fails, it has consequences,

being they the own restriction in resources, high demand, as well as, the strengthening of the prejudice over the dependent chemical . Another point highlighted in the research was the low knowledge of psychologists professionals in issues involving micro and macro political context, which reflects directly on the way the service is proposed.

Keywords: Public Policies, Management in Mental Health, Psychologists' Performance in CAPS-AD.

INTRODUÇÃO

No Brasil, desde os anos 70, uma grande reforma da assistência à saúde mental foi colocada em marcha, com a participação de profissionais de saúde e de gestores públicos dos setores federais, estaduais e municipais, pacientes e membros das comunidades. Isso foi necessário porque, até então, pessoas com problemas psíquicos (transtornos mentais) eram atendidas em serviços públicos apenas quando internadas em hospitais psiquiátricos. Da mesma forma, a população que apresentava problemas com álcool ou outras drogas só tinha como opção a internação psiquiátrica.

O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República. Com a missão de “coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade” e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da primeira política brasileira. Assim, por meio de Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, foi instituída a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) do país.

Em 2003, o Presidente da República apontou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda e da oferta de drogas no país, que viesse a contemplar três pontos principais: integração das políticas públicas setoriais com a Política de drogas, visando ampliar o alcance das ações, descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município, estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica.

Na atualidade, a política de atenção primária à saúde, Estratégia de saúde da

Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – busca fortalecer a articulação com a rede psicossocial - CAPS AD, Unidades de Acolhimento (UAs), Consultórios de Rua, Programas de Redução de Danos (PRDs) e Escola de Redutores de Danos (ERD) ampliaram as ações de proteção social, o SUAS preconiza os serviços nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS).

O CAPS-AD é específico para usuários de álcool e outras drogas, denominados “Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas”. Seu objetivo é o atendimento diário à população que apresenta graves transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade de cuidado, como, por exemplo, para desintoxicações e outras condições clínicas que necessitam de intervenções médicas e de enfermagem e que possam ser acompanhadas ambulatorialmente.

Portanto com as novas práticas de atenção saúde primária e dispositivos de estratégicos em saúde mental, os CAPS e os profissionais que ali atuam têm por objetivo prestar atendimento em regime de atenção diária, além de, gerenciar projetos terapêuticos individualizados, oferecendo cuidados clínicos e eficientes promovendo a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolve educação, trabalho, esporte, cultura e lazer.

REFERENCIAL TEÓRICO

Saúde Mental e Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas no Brasil.

No Brasil as políticas públicas de saúde foram consolidadas pelo processo da Reforma Sanitária, que segundo Ministério da Saúde (1990) expresso no movimento constituinte de 1988, a luta pela constituição do SUS (Lei 8.080/90) e pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei 10.216/01), emergindo de um processo aberto pelos profissionais da saúde na década de 1980. O decreto presidencial nº 7.508 de 2011 regulamenta a lei 8.080/90, no que dispõe da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), nesse decreto a atenção psicossocial aparece como requisito para determinar uma das portas de entrada da Rede de Atenção à Saúde. A Reforma Psiquiátrica instituiu dispositivos de cuidados psicossociais aos usuários de álcool e outras drogas entre eles o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras

Drogas (CAPS AD).

A partir destes marcos, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local. Os CAPS é referência e organizador da rede de atenção em saúde mental, atuado nos serviços territoriais de atenção diária em saúde mental, como reguladores da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área, além de exercerem a função de matriciamento das equipes de atenção básica (DIMENSTEIN et al.,2005).

O movimento da reforma psiquiátrica, preocupado com a desinstitucionalização da loucura, tardou em perceber a especificidade da questão do álcool e outras drogas e da urgência do desenvolvimento e a consolidação de tecnologias de cuidado para esse campo. Brasil (2003), mostra que nesta fase empregou-se o paradigma da Redução de Danos nas políticas de saúde e socioassistenciais, que impulsiona o desenvolvimento de práticas de cuidado articuladas com os dispositivos substitutivos da Reforma Psiquiátrica e a defesa dos direitos humanos das pessoas que fazem uso de drogas.

Os princípios para a organização destes serviços, são focados na desinstitucionalização como um trabalho prático de transformação que contempla a ruptura do paradigma clínico, proporcionando o deslocamento da ênfase no processo de “cura” para a “invenção de saúde” preconizando à construção de uma nova política de saúde mental. Enfocando a construção de estruturas totalmente substitutivas à internação no manicomial, fomentando a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação (CREPOP, 2013).

As políticas sobre álcool e outras drogas englobam segundo SUPERA (2017), diversos setores da política pública, seja na área da segurança pública, seja na saúde, assistência social e educação. O grande desafio dessa integração é atuar na perspectiva da garantia de direitos e, dessa maneira, enfrentar a lógica que trata a questão das drogas pelo viés exclusivo da doença e do crime.

A Atuação do Psicólogo nos serviços do CAPS-AD

O enquadre da prática de atuação dos serviços no CAPS-AD segundo CREPOP (2013) possui dentro da história um formato empírico estruturado em três eixos de campo: a clínica ampliada gerada pelos experimentos antimanicomais, mas

pouco específicas para o tema do uso de álcool e drogas, a clínica do desejo, de origem lacaniana, muitas vezes em uma versão aligeirada e pouco profunda e, por fim, o antigo e poderoso “paradigma da abstinência”, sempre revisitado como uma espécie de fundo de base retroalimentado pelas fontes da desqualificação moral que impregnam a cultura.

Após passados dez anos da reforma psiquiátrica foi reconhecido oficialmente por documento do Ministério da Saúde (2005), em concordância

com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos usuários de álcool e outras drogas, tendo com diretriz o paradigma da redução de Danos (RD) no tratamento de álcool e outras drogas. Brasil (2010) menciona que o psicólogo possui um papel fundamental na articulação dos diversos setores e atores que constituem a rede integral de saúde, potencializando as parcerias e as construções coletivas, buscando a integralidade em nossas intervenções. Contribuindo para um protagonismo de fato, capaz de fomentar, em outros, a construção de autonomias e a geração de usuários mais críticos e livres, donos e protagonistas de suas histórias. O psicólogo contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

O Conselho Federal de Psicologia (2009) a Psicologia se apropria das questões clínicas, psicopatológicas, subjetivas, sociais e culturais ligadas às questões das drogas e participa desse trabalho tanto em aspecto macro, na composição das equipes e projetos diversos, como se aprofundando na busca de conhecimento específico ligado a seu núcleo de conhecimento, ou seja, às ferramentas e referenciais teóricos que a Psicologia tem para contribuir de modo efetivo para a atenção direta às pessoas com problemas ligados ao uso de drogas. O profissional deve ter uma postura respeitosa, demonstrando que entende o uso abusivo de álcool ou outras drogas como um problema de saúde, para o qual o paciente precisa de ajuda, e que ele tem disposição e capacidade para ajudá-lo a modificar o uso. O importante é considerarmos o padrão de consumo, e não o usuário, como o problema a ser enfrentado (SUPERA, 2017).

Desafio na atuação do Psicólogo

A indefinição do papel do psicólogo em cada um dos níveis de atenção

psicossocial de álcool e drogas resulta em desconhecimento das possibilidades de atuação neste campo, mesmo que embora possua uma história recente de inserção no setor da saúde pública. Essencialmente, a atuação na atenção básica se caracteriza bem como referiu SUPERA (2017), pelo desenvolvimento de um trabalho da equipe de saúde na e com a comunidade através de uma prática emancipatória, focando sobretudo, ações de promoção à saúde. Uma prática alicerçada na superação da exclusão e do estigma que cercam o usuário de álcool e outras drogas e que geram sofrimento, a ser enfrentado por meio do fortalecimento de formas de cuidados que resgatem a dimensão subjetiva desse complexo fenômeno, partindo do social para compreender o sujeito, sem tirar deste seu caráter ativo e constituinte.

Para não repetir ou perpetuar visões discriminatórias e estigmatizantes relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, o psicólogo deve prove-se de estratégias que contornem a visão controladora de repressão. Para que ação como a internação compulsória, criticada e combatida pelo CFP, não faça-se um instrumento terapêutica de opressão e invasão do indivíduo, jamais utilizando operações táticas policiais para o manejo com os usuários, que por sua vez reforçam o paradigma de marginais os afastando de seus direitos como seres humanos que, requer cuidados específicos afim de extrair a visão criminal, que os acomete culturalmente sob o olhar do dependente químico (CREPOP, 2013).

Estes serviços podem ser multisetoriais, assim mencionou SUPERA (2017) estendendo o campo de intervenção envolvendo Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Referências Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Assistência Psicossocial (CRAS), Estratégia de Saúde da Família (ESF). Psicólogo atuando como gestor de serviço de saúde deve ser multifacetada e transitar, compor, influenciar, transformar e provocar a rede de produção de cuidados em várias instâncias de atuação.

RESULTADOS E ANÁLISES DE DADOS

A presente pesquisa contou com seis psicólogos que atuam no serviço público, na rede de saúde mental, especificadamente CAPS-AD, das cidades de Bagé-RS e Pelotas-RS, sendo que, a prevalência foi do sexo feminino, no total de cinco entrevistadas, a média de idade entre 25 anos á 48 anos. Tempo de atuação teve a média de 4 a 10 anos em CAPS-AD, sendo que todos os mesmos possuíam especialização na área em que atuam e fora dela.

As categorias de discussão envolvendo as escolas entrevistadas

seguirão respectivamente:

- Papel do Psicólogo no CAPS-AD;
- Desafios na atuação do Psicólogo no CAPS-AD;
- Gestão do serviço em CAPS-AD;
- Rede de articulação de Políticas Públicas;
- Movimento político que permeia o serviço em CAPS-AD;

Papel de psicólogo no CAPS-AD

Através de um trabalho interdisciplinar e integral, diversas ações são desenvolvidas nos CAPS AD no intuito de cuidado aos usuários de drogas, como o acolhimento universal e incondicional ao paciente e seus familiares. Especificamente com relação ao crack, busca-se acolher usuários de crack que demandem ajuda mesmo aqueles que não demonstrem desejo de interromper o consumo, tratar abstinências leves de crack em nível ambulatorial, realizar busca ativa em articulação com atenção básica em casos de abandono de tratamento desenvolver oficinas terapêuticas; e apoiar um trabalho dentro da perspectiva de Redução de Danos (RD), suporte e apoio a familiares (Brasil, 2010).

“...então o psicólogo tem que participar da execução do projeto terapêutico singular, de cada um né, a questão da técnica dos grupos, todos os grupos terapêuticos têm que ter um psicólogo envolvido porque a coordenação técnica dos grupos devem ser coordenadas por um psicólogo. Na equipe de crise um psicólogo é fundamental por ter as questões da dinâmica do funcionamento do paciente dos sintomas da crise e do manejo que são específicas do psicólogo

A redução de danos seria uma política de saúde que se propõe reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica relacionados ao uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas. Ela é uma alternativa de saúde pública que se contrapõe ao modelo que julga a doença de uma perspectiva moral e criminal. A redução de danos também promove o acesso a serviços de baixa exigência como alternativa de inclusão e a autonomia dos sujeitos, permitindo-lhes participar ativamente de todo o processo (CFP, 2013).

“...eu vejo muito um papel de acolhimento frente a essa demanda de um grande sofrimento desses pacientes, poder ter uma empatia com esse sofrimento, entender um pouco dessa realidade, e a partir desse acolhimento estabelecer uma relação com estes pacientes para que eles retornem ao CAPS para que eles procurem, se vinculem, as vezes são pacientes de difícil vínculo, então na verdade que eles possam realmente se sentirem acolhidos para poderem encarar essa demanda...”(Carolina)

“Muito importante até pela questão de tu conseguir, não só trabalhar a questão do paciente, mas até com a própria equipe, de mostrar o que tu vê, o olhar clínico que

tens que ter com os pacientes, um olhar diferenciado então isso ajuda também na construção toda, de um atendimento individual...”(Luana)

Desafios na atuação do psicólogo no CAPS-AD

Estamos ressaltando o manicômio enquanto estratégia privilegiada de controle a partir do qual a psiquiatria, tomando a loucura enquanto objeto, transformou a experiência da desrazão em doença – fato que implicou uma exclusão desses indivíduos das relações sociais. Desde então, foi-lhes negado o acesso aos direitos dos cidadãos comuns, à liberdade de circulação dentro da cidade, a entrada em determinados espaços e mesmo o direito de gerir sua própria vida ou de enunciar sua própria dor (Foucault, 2005).

“...infelizmente as pessoas querem uma pílula mágica, como uma receita, ai quando muito elas querem uma consulta com o psicólogo, mas tu vai falar em grupo, oficinas elas ficam meio resistentes, mas eu acho que esse é o trabalho que funciona melhor é um desafio, falta um pouco de infra estrutura também né, como, a gente não tem ar condicionado no verão é quente muita gente, mas a maioria das prefeituras não tem a estrutura que seria ideal, acho que as vezes a gente não se sente tão valorizado, nossos salários não são uma maravilha como servidor público, as condições de trabalho não as melhores, porem a gente gosta do que faz a equipe em geral é bem unida, a coordenadora é bem participante ela gosta o que faz ali né, então tem outras coisas legais assim...” (Leandro)

Kantorski et al (2009) também constatou a deficiência de infraestrutura em vários dos CAPS estudados, como a escassez de materiais para o trabalho cotidiano nas oficinas, de automóvel para as visitas domiciliares, a ausência de medicamentos e de recursos humanos. Para os autores, a falta ocasional de medicamentos, revela dificuldades no planejamento e na gestão dos recursos públicos, seja por problemas na aquisição ou distribuição.

“Gestão pública, primeiramente porque falta recurso, falta preparação, falta capacitação, eu acho que a área social de preconceito também, acaba prejudicando nosso serviço, frases de colega por exemplo, “mas tu é psicóloga poderia estar fazendo outra coisa importante e tá lá trabalhando com bandido, com gente que não quer se ajudar... Falta de profissionais, equipe muito reduzida, falta de agendas específicas, preciso discutir com o enfermeiro e o psiquiatra e nem sempre têm a possibilidade. ” (Samanta)

A articulação entre a clínica e a política, pressuposto que há algum tempo nos orienta, novamente mostra sua validade. Campos distintos, porém conexos, que podem ser mais fecundos se e quando perpassados por uma mesma orientação ética. Tratar a drogadição, em sua dimensão singular, convoca o Estado e a

sociedade a adotarem e oferecerem estratégias e recursos de proteção que reduzam os danos à vida, criando dispositivos de suporte necessário a cada situação, ampliando, desse modo, as respostas possíveis para o sofrimento, sem, no entanto, ceder à armadilha fácil do ecletismo. (CFP, 2013).

“...os desafios são inúmeros porque na verdade a gente precisa de um trabalho em rede muito grande, e isso é um grande desafio nesse momento, trabalhar junto com os colegas em conexão com outro CAPS, então são inúmeras as situações, então o trabalho aqui não deveria ser um trabalho isolado e necessita de várias relações e segmentos para dar conta de prestar um auxílio pra esta população que necessita de um atendimento...”(Carolina)

Gestão do serviço CASP-AD

Dimenstein (2006) as dificuldades estão relacionadas a uma série de problemas em termos da qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS como um todo, que repercutem no âmbito específico da saúde mental, a saber: fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais bem como da rede assistencial; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, e poucos dispositivos de fomento à co-gestão, à valorização e à inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, dentre outros.

“...nos últimos meses realmente tem melhorado a assistência do serviço, embora as equipes estão estressadas e não tenha um amparo, a legislação do CAPS prevê a supervisão dos profissionais e não têm, e as vezes alguns adoecem, doenças físicas e psicológicas. Os CAPS falta nesse sentido de dar assistências aos profissionais, a gente não ganha insalubridade, periculosidade, que a gente tem questões de riscos aqui e tal, de contato com doenças, isso são coisas que desanimam o funcionário...”
(Leandro)

A Política Nacional de Saúde Mental do SUS tem como diretriz principal a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. Além da criação de uma série de dispositivos assistenciais em saúde mental, a desinstitucionalização pressupõe também transformações culturais e subjetivas na sociedade. (SUPERA, 2017).

“...então é muito conjunto, assim como a intersetorialidade não dá para a gente pensar no CAPS, sem pensar no centro pop, sem pensar no albergue, sem a gente pensar em um posto de saúde, no CRAS, não dá, a gente precisa trabalhar todos

juntos...”(Samanta)

Rede de articulação de Políticas Públicas

Para garantir a atenção integral a usuários de crack e outras drogas, os serviços de saúde devem estar articulados, de forma funcional e complementar, com os diversos dispositivos da rede. Os principais dispositivos da rede de atenção são os CAPS AD, os CAPS AD 24 horas, a Atenção Básica (AB), os Ambulatórios de Saúde Mental, os Hospitais Gerais (com leitos de atenção integral), os Consultórios de Rua (CR), entre outros (Brasil, 2010).

“...teria que se articular melhor isso, por exemplo, quando damos alta dos pacientes daqui, alguns médicos as UBS não querem renovar as medicação psiquiátricas, então essas dificuldades, os pacientes não querem sair, chegam lá e não conseguem medicação e isso dificulta em dar alta, aqui eles tem mais médicos, eles tem mais clínicos, eles tem mais psicólogos, e mais assistentes sociais, então é obvio que eles não querem sair mais “daqui”...” (Leandro)

Contudo, a construção de uma rede de cuidados é fundamental para a consolidação da reforma psiquiátrica. Isso significa a articulação dos serviços de atenção à saúde mental com os da atenção primária, com outros setores de serviços públicos. (Ministério da Saúde, 2005).

“...eu sempre vou achar que a interlocução da rede de Pelotas é muito deficitária, entre gestão, entre coordenadores, eu sei que há reuniões de fluxos que realmente são efetivas, a nossa assistência social, nossas assistentes alias fazem todo um trabalho de interlocução, de ligar para um serviço, de buscar informação, de executar tarefas em sociedade, mas eu me sinto um pouco engessada eu psicóloga não faço isso, nunca me foi proposto fazer, e quando chega a hora de fazer sempre tem outra atividade que então deixa para a assistente social...”(Samanta)

O apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de Saúde da Família e de saúde mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolubilidade na assistência em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

“...E o CRAS a ESF, e o próprio NASF que está sendo implantado aqui no município a gente tem reuniões sistemáticas, tem reuniões de rede, tem reuniões de equipe, tem reuniões de discussões de caso, a gente faz muitas reuniões, mas que na verdade são bastantes produtivas, então vem a equipe do CRAS, vem a equipe do abrigo. A gente vai também apara discutir caso, fazer planejamento conjunto, inclusive com os outros CAPS, por exemplo, um paciente que é esquizofrênico

fazendo uso secundário de crack, está em tratamento lá no CAPS, a gente discute o caso e avalia, vai ver a demanda dele vai estabilizar aqui, ela vai seguir na oficina lá, passou por esta etapa ele volta e fica só lá...”(Renata)

Gomes (2006) destaca que, em se tratando de uma sociedade capitalista, na qual a lógica existente é a da individualidade, da segregação, da competição e das desigualdades sociais, dentre outras características, fica difícil a implementação de projetos que priorizem os princípios do SUS, assim como apontou o entrevistando.

“É fundamental, eu não consigo trabalhar sem um enfermeiro, sem um assistente social, o paciente ele é global não adianta a gente pensar ele só no problema psicológico, na opção comportamental, olha tu te esquivas daquele lugar, daquela situação pra ti não usar, mas de repente ele precisa de uma passagem a mais de ônibus para não passar por ali, então eu preciso da assistente social para me ajudar com esta questão, assim como eu preciso de um enfermeiro para discutir se a medicação está exata, na quantidade, preciso de um psiquiatra, depois de uma certa conclusão de que não tá dando certo para que a gente possa rever um novo método...”(Samanata)

Movimento Político que permeia o serviço no CAPS-AD

O Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) aprovou na manhã do dia 01/03/2018 a resolução apresentada pelo ministro do Desenvolvimento Social, Osmar Terra, segundo a qual a política pública sobre entorpecentes deve sofrer uma mudança profunda de direção. Segundo o texto, a partir de agora, a “orientação central da Política Nacional sobre Drogas deve considerar aspectos legais, culturais e científicos, em especial a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto a iniciativas de legalização de drogas”.

Segundo CONAD (2018), os programas, projetos e ações no contexto da política nacional sobre drogas devem considerar em sua estruturação iniciativas de ampliação e reorganização da rede de cuidados, acolhimento e suporte sociais, conceitualmente orientadas para a prevenção e mobilização social, promoção de saúde, promoção da abstinência, suporte social e redução dos riscos sociais à saúde e danos recorrentes.

“...parece uma política meio higienista ou que possa favorecer internação hospitalar, uso de remédios que possam favorecer outros interesses financeiro, cooperativo da parte médica por traz disso, porque o CAPS AD é multidisciplinar ela não tá focado no médico, então o serviço de saúde mental pode fazer a avaliação para uma internação junto com o médico, enfermeiro, enfim, então não pauta somente com o médico...” (Leandro)

Muitos são os desafios que espreitam a Reforma Psiquiátrica, nesse encontro com os usuários de álcool e outras drogas. Dentre estes, destaco dois. Primeiro, o desafio e a necessidade de distinguir, no meio da algazarra autoritária e silenciadora, a voz a ser escutada: a do usuário. Discurso ainda ausente no debate sobre a política, a palavra do usuário deve ser sempre a bússola a indicar o caminho. E, segundo, o desafio de manter a firmeza necessária para não ceder a pressões e chantagens políticas e sociais ofertando uma pluralidade de serviços orientados por éticas opostas. (CFP,2013).

“Ou o psicólogo é militante, ou ele não é, dá para vir aqui e fazer o trabalho de formiguinha e fazer bem feio, tratar pacientes e pronto. Mas nós vivemos um momento político que é de corte, quando eu vi lá o Osmar Terra publicar, que na verdade a população não é a favor de uma liberação de drogas e portanto não faria sentido conter o programa de redução de danos, visto que a população já não quer mais esse consumo e busca abstinência, se eu não me posicionar eu vou perder meu campo de atuação, e daqui a pouco eu estou aqui dentro fingindo que eu entendo que o paciente está abstinente, eu sei que não tá, e o paciente tá aqui fingindo para mim que ele está abstinente, estamos fazendo uma troca bem desleal e totalmente ineficaz...”(Samanta)

“...parece um movimento de regressão infelizmente, aferindo a política de redução de danos, em tese isso parte subjetivamente que tem uma política de internação hospitalar, parece que o momento atual político de regressão em vista dos governos anteriores, acho vem de contra e esse movimento social, não entrando na questão política, acho que esses governos tiveram estes problemas de corrupção, impeachment, e os outros também tiveram, mas então, essa operação lava-jato, teve esses problemas mas esse governos anteriores focavam nestas questões sociais acho que isso foi interessante, os CAPS se fortaleceram nestes governos do Fernando Henrique Cardos e do PT e agora parece que estão andando para traz nesta política...”(Leandro)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos dados coletados da pesquisa, a análise dos resultados e a revisão da literatura chega-se a importante questão de descrever a atual posição em que se encontra as questões que permeiam a saúde mental, referencialmente sob a demanda de álcool e drogas. Em relação a gestão do serviço encontrou-se lacunas que não contemplam as diretrizes do SUS, sendo elas limitadas por recurso humanos e materiais, possuindo minima comunicação e articulação com a rede, destacando-se a falta de mapeamento e interlocução integral, tornando-se uma rede fragmentada, reduzindo assim seu campo de ação. A postura do psicólogo na gestão do serviço dentro da pesquisa limitou-se a função que executam, sendo que a de

gestão estreita-se a reuniões semanais em um dos CAPS e esporádicas em outro, não possuindo assim uma padronização do serviço, ficando a critério de cada gestor e de cada cidade.

Uma inovadora proposta de projeto do CONAD vem a nos retroceder na política pública e na liberdade e autonomia do ser, que tem como método de ação uma intervenção que reforça o estigma e o preconceito em cima do usuário que se encontra em situação de vulnerabilidade social, ao qual foi condicionada pelo estado brasileiro. Com enfoque na ‘guerra contra as drogas”, está que já provou em diversos países que não funciona, que aumenta o encarceramento e que não tem como proposta intervenções de cunho preventivo e ações que possibilitem uma perspectiva para saúde, sucumbindo com ela a investimentos em militarismo, e ocupação de comunidades, bem como impondo a abstinência sem consultar ou ouvir aquele que receberá tal tratamento, indo contra ao código de ética profissional do psicólogo, ao qual luta e prioriza a autonomia e liberdade das pessoas seja qual for seu contexto sócio-político-ambiental.

Neste contexto político atual, na pesquisa encontrou-se poucos profissionais que estão comprometidos e envolvidos com as questões em voga, a minoria trouxe este questionamento, e enfatizou o notório e óbvio, que se não agirmos contra este cenário que posiciona-se contra o que a reforma psiquiátrica se propôs e contra a liberdade do ser e sua autonomia, se não fortalecemos o debate dentre a visão opressora sobre o negro, pobre, as classes baixas e emergentes, se nós como profissionais da área da saúde, que dispomos da realidade em nossos consultórios, em escolas, comunidades, em toda a rede de articulação em saúde mental nos omitirmos frente a essa realidade que se mantém e cresce a décadas, deveremos ser responsabilizados por tamanha passividade, por enfraquecermos em nossa zona de conforto. Como pensar em saúde em bem estar se não irmos a luta pelos direitos humanos, destaco o excelente postura o nosso Conselho Federal e Regionais de Psicologia, que vem puxando tal debate, que deve ser reforçado por acadêmicos, estigados por docentes, e profissionais que atuam independente da sua linha, uma frase muito pertinente e que devemos refletir sob está ótica, vem de uma entrevistada; “ ou o psicólogo é militante ou ele não é”, pois bem, não sendo ele automaticamente está de forma acovardada sendo a favor de tais posturas higienistas, pois uma hora ou outra, o problema que ele negligenciou por estar longe de sua realidade, vai estar lhe afetando, em sua comunidade, em seu consultório, e

percebemos que não conseguimos fazer com que este indivíduo melhore, nos questionando talvez a própria capacidade profissional, mas que o grande problema está no suporte do país como estado, na saúde que é para poucos, e na exclusão que é para todos, cada vez se percebe uma imagem de sociedade quadrada, entre padrões, condutas (apropriadas e não apropriadas) e estigmas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação nacional de saúde mental, álcool e outras drogas**. Consultório de Rua do SUS. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultório na Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/SAS/DAPES/Coordenação Nacional de Saúde Mental/Fiocruz**. Brasília 2010.

CREPOP. **Referências Técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009.

CREPOP. **Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) no em políticas públicas sobre álcool e outras drogas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

Conselho Federal de Psicologia Drogas, **Direitos Humanos e Laço Social**. - Brasília: CFP, 2013.

Campos, G. W. S. (2007). **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde**. In E. E. Merhy & R. Onocko (Orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp. 229-266). São Paulo: Hucitec.

Dimenstein, M. (2006). **Apresentação do dossiê: subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco**. *Vivência*, 32, 25-34.

Foucault, M. (2005). **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva.

Gomes, V. G. (2006). **Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas-SP**. Trabalho de Conclusão de Curso de Aprimoramento em Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Ministério da Saúde. (2005). **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF: Autor.

Kantorski, L. P.; Jardim, V. M. R.; Wetzel, C.; Olschowsky, A.; Schneider, J. F.; Resmini, F.; Heck, R. M.; Bielemann, L. M.; Schwartz, E.; Coimbra, V.C.C.; Lange, C. e Sousa, A. S. S. (2009). **Contribuições do Estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil**. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 01-09. Acessado em 23 de abril de 2011, de http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/20_Luciane_Kantorski.pdf.

SUPERA, Ministério da Saúde. **Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento.** Intervenção Breve: módulos 4,5,6,7 – 11. E 12. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.