

Práticas Assistenciais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool, Tabaco, e outras Drogas*

Care Practices in a Psychosocial Care Center for Alcohol, Tobacco and Other Drugs

Elda de Oliveira¹, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira², Heloísa Garcia Claro³, Heloisa Barboza Paglione⁴

OLIVEIRA, E.; OLIVEIRA, M. A. F.; CLARO, H. G.; PAGLIONE, H. B. Práticas Assistenciais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool, Tabaco, e outras Drogas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 247-254, set./dez. 2010.

RESUMO: Objetivos: identificar e analisar as representações que os profissionais de um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas constroem acerca das práticas assistenciais desenvolvidas na instituição. Métodos: foram entrevistados nove profissionais de um centro de referência para álcool, tabaco e outras drogas, da cidade de São Paulo. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, tendo como suporte o referencial teórico-metodológico a representação social. Resultados: valendo-se dos temas emergentes foi elaborada a representação central da pesquisa: práticas assistenciais aos usuários com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas. Conclusão: os profissionais do centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas dispõem de procedimentos para o cuidado com o usuário de álcool e outras drogas, que variam de acordo com o nível de atenção e necessidades elaborados por meio de projetos terapêuticos. Assim, a assistência deve ser planejada pela equipe interdisciplinar, considerando que o uso prejudicial do álcool e outras drogas decorrem de fatores multifacetados, os quais devem orientar e fazer parte destes projetos.

DESCRITORES: Serviços de saúde; Políticas públicas. Assistência integral à saúde; Serviços de saúde mental/utilização.

* Este estudo é resultado da dissertação de mestrado intitulada “O desafio de assistir pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas” (Oliveira, 2005).

¹ Enfermeira, Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. Membro do Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas da Escola de Enfermagem da USP email: eoliv_br@hotmail.com

² Enfermeira, Livre Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP, líder do Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas da Escola de Enfermagem da USP email: marciaap@usp.br

³ Enfermeira, Mestre e Doutoranda em Ciências pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, membro do Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas da Escola de Enfermagem da USP heloisa.claro@usp.br

⁴ Estudante de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. Membro do Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas da Escola de Enfermagem da USP email: heloisa.paglione@usp.br

Endereço para correspondência: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo – SP

INTRODUÇÃO

As transformações dos modelos assistenciais que vêm sendo produzidas desde o final da década de 1970, em relação à assistência aos portadores de transtornos mentais, atingiram seu ápice em 1980, com a Reforma Psiquiátrica brasileira. Este movimento inspirou-se na reforma psiquiátrica italiana, de negação dos manicômios, e, por meio da Lei nº 180 de 1978, partiu para investimentos em ações de reinserção social (REPPUBLICA ITALIANA, 1978),

Na década de 1980, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como finalidade garantir a promoção e qualidade de vida para toda população, no intuito de assegurar acesso a todos a uma assistência universalista, integral e equitativa. No campo da saúde mental, essa finalidade foi alcançada somente em 2001, pela aprovação da Lei 10.216/2001. Esta lei redireciona o modelo assistencial, criando um conjunto de medidas e fundamentos para sua efetivação e, estabelece que os tratamentos devam ser realizados em serviços comunitários, como estrutura intermediária entre a internação e a vida comunitária (BRASIL, 2007). Neste mesmo ano, o seminário realizado em Brasília sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e Outras Drogas enfocava a discussão sobre a organização da rede em saúde mental, visando ao aprimoramento constante da assistência, no âmbito do SUS (BRASIL, 2007).

Como consequência do Seminário e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde, em 2002, instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, por meio da Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002 (BRASIL, 2004).

Assim, a Política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas propõe que os novos equipamentos de saúde considerem o caráter multifatorial do consumo de drogas, realizando diálogos com os serviços culturais, sociais e outras instituições de saúde, estruturando uma rede de assistência na atenção comunitária com ênfase na reabilitação e reinserção social (BRASIL, 2007). Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS adII - são considerados equipamentos estratégicos para essas novas práticas de saúde.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi

identificar e analisar as representações que os profissionais de um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas constroem acerca das práticas assistenciais desenvolvidas na instituição.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo é de abordagem qualitativa entendida como uma tentativa de obter profunda compreensão das concepções e definições de uma determinada situação, tal como as pessoas nos apresentam, e possibilita uma aproximação do universo de significações, motivos, aspirações, atitudes e crenças dos profissionais aqui estudados. Essa abordagem parte do pressuposto de que o mundo está permeado de significados e símbolos e que a intersubjetividade é um ponto de partida para captar reflexivamente os significados sociais (MINAYO, 1998).

A coleta de dados foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial aos usuários de álcool, tabaco e outras drogas – CAPS adII, localizado em São Paulo, em região de alto consumo de *crack*. A instituição oferece assistência nas modalidades intensiva, semi intensiva e não intensiva, de acordo com o projeto terapêutico singular¹ elaborado para cada usuário.

Participaram do estudo nove sujeitos, todos profissionais de nível superior, que prestam assistência direta aos usuários no centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas – CAPS ad II. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, de acordo com formulário e termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, parecer nº422/2004/CEP-EEUSP.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, tendo como suporte o referencial teórico-metodológico a representação social. Por meio da leitura repetida das entrevistas procuramos depreender os temas; os valores, crenças e concepções dos sujeitos; identificações das argumentações presentes no discurso e reconhecimento da emergência das categorias empíricas (MINAYO, 1998). Considerando os temas emergentes foi elaborada a representação central da pesquisa, como categoria empírica denominada: práticas assistenciais aos usuários com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas. As categorias empíricas são

1. Projeto Terapêutico Singular entendido, neste estudo, como uma construção coletiva centrado nas reais necessidades, desejos e potencialidades dos sujeitos e na co-responsabilização entre usuários, técnicos e outros atores envolvidos (MARQUES; MÂNGIA, 2009).

responsáveis por captar os significados e contradições no aspecto empírico da realidade a ser pesquisada (MINAYO, 1998).

As falas apreendidas das entrevistas, que estão citadas ao longo deste estudo, estão codificadas a partir do número atribuído pelos pesquisadores ao sujeito e o número do trecho de seu discurso que foi apreendido, exemplo: D2.3 – Discurso do sujeito 2, 3º trecho do discurso apreendido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Práticas assistenciais aos usuários com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas

As práticas assistenciais são definidas por meio da identificação das necessidades dos usuários e implementação de ações e intervenções por parte dos profissionais do serviço. No CAPS ad II, estas práticas sofrem grandes influências das atitudes e participação/integração da equipe como um todo no projeto terapêutico dos usuários, e devem ultrapassar a rigidez dos papéis, manter a continuidade terapêutica, utilizar todas as medidas disponíveis, registrando os dados essenciais sobre as atividades exercidas e possibilitar, também, novas práticas derivadas das demandas dos indivíduos assistidos. Esse modelo assistencial busca o rompimento do modelo clínico, centrando-se na individualização do sujeito e no seu modo de viver (SARACENO, 1997). Podemos observar no discurso dos profissionais abaixo:

“Não atendemos o paciente cada um na sua formação, mas a gente discute o paciente como um todo. A gente faz um trabalho multidisciplinar... Estamos caminhando para uma transdisciplinaridade.”(D1.1)

Essa assistência requer uma reflexão sobre a forma de organização dos serviços, saberes e práticas de saúde a fim de transformar sua relação com aqueles que se propõem a atender. Os principais atores para essas mudanças são os técnicos de saúde. Podemos articular este saber evidenciado no discurso do profissional (de que a assistência deve perpassar todas as especialidades) com a literatura científica, que aponta a necessidade de uma flexibilização dos papéis, respeitando-se a formação profissional de cada um e a dinâmica do atendimento no serviço aberto, sendo necessária uma mobilização de competências e saberes que devem se unir frente à demanda de cada indivíduo (SARACENO, 2001).

Percebemos, também, que os profissionais têm buscado modelos diferentes dos tradicionais para receber os usuários os quais são recebidos por um grupo de acolhimento, como percebemos a seguir:

“Procuramos no acolhimento estar um de cada área.” (D6.9)

“A primeira vez que ele vai ser acolhido, tem uma equipe para o acolhimento.” (D7.21)

Apesar de reconhecerem a importância do acolhimento e da equipe multidisciplinar para realizá-lo, os profissionais reconhecem que este deve ser realizado durante todo o período de funcionamento do serviço, informação que pode ser comprovada por meio da literatura, uma vez que o usuário comumente apresenta ambivalência com relação ao tratamento e ao uso de álcool e outras drogas. Se o usuário não é acolhido no momento em que vê o tratamento como uma possibilidade, é provável que não retorne ao serviço posteriormente (CASTRO; PASSOS, 2005).

Na sequência:

“A equipe do acolhimento está disponível durante muito pouco tempo.” (D9.37)

“Aqui você tem um sistema, às vezes é ruim por que você não consegue acolher na hora.” (D2.17)

Esta dificuldade para realizar o acolhimento durante todo o período de funcionamento do serviço e com uma equipe multidisciplinar, pode ser justificada à medida que os serviços contam com um número reduzido de profissionais especializados na área, ou recursos insuficientes para a manutenção de uma equipe exclusiva para exercer esta função.

Depois de realizado o acolhimento do usuário, os profissionais relatam que é realizada uma entrevista com o objetivo de coletar a história pregressa e do uso de drogas de cada indivíduo. Como podemos verificar abaixo:

“Fazemos a entrevista, onde você coleta dados da família, infância, adolescência, uso que faz de drogas, se tem internação”. (D2.37)

“Procura estar avaliando a situação completa.” (D3.15)

O plano terapêutico é realizado após a entrevista inicial em conjunto com o usuário; um profissional é indicado como referência, realizando possíveis intervenções no plano terapêutico. Essa forma de atendimento fortalece a formação de vínculos, tratando-se de uma ação transformadora da prática em saúde (BERTONCELLO; FRANCO, 2001), porém, a forma de indicação de um profissional de referência nem sempre é o melhor caminho, este deve acontecer com base na vinculação inicial do usuário e um profissional.

A seguir:

“Depois do acolhimento, se faz o plano terapêutico. O plano terapêutico é realizado pela equipe.” (D1.32)

A equipe do serviço tem como objetivo trabalhar em um contexto de intersectorialidade no fortalecimento da rede de atenção integral à saúde, contando, também, com a participação familiar e da comunidade, porém, esta prática não é muito frequente, conforme relatado nos discursos abaixo:

“(Incluir a família no tratamento) É um trabalho que está engatinhando”. (D1.7)

“Com a família, nós estamos começando; é uma coisa que está andando” (D9.4)

O projeto institucional do CAPS adII, neste estudo, visa o resgate à cidadania e autonomia dos usuários. Neste sentido, profissionais utilizam de consultas individuais, grupos, oficinas e educação da população.

No início do tratamento, os usuários são atendidos por diversos profissionais individualmente, sendo obrigatória uma consulta com o médico clínico.

“Você tem consultas, Consultas com psiquiatra, de enfermagem, clínica, consulta com a assistente social.” (D1.23)

“Nós fazemos o possível para que eles façam a consulta de enfermagem, mas não são todos.” (D9.27)

“Eles participam de consultas com a enfermagem, também com o psicólogo.” (D9.21)

“É importante participar de todas (as consultas), não só a do clínico.” (D9.23)

A terapia de grupo é uma estratégia muito utilizada neste serviço. Os grupos podem ser abertos (os usuários podem participar a qualquer momento) ou fechados (um grupo de usuários é formado, e somente estes usuários frequentam o grupo até mudarem de nível assistencial, ou até que o grupo atinja alguns objetivos).

“Tem atividades grupais que têm desde grupo operativo, o grupo de motivação, o grupo terapêutico propriamente dito... A gente tem grupos abertos e fechados.” (D4.9)

Os grupos motivacionais são classificados em primeira e segunda fase. Os de primeira fase são os grupos que trabalham com a motivação do usuário e a sua evolução nos estágios motivacionais. Nos grupos de segunda fase, são trabalhadas estratégias de manutenção e necessidades mais específicas de cada usuário, para que este permaneça em tratamento. Intervenções motivacionais são descritas pela literatura como importantes para o processo de reabilitação

do usuário, por trabalhar questões como a ambivalência, por fornecerem um ambiente onde o usuário sinta-se seguro para falar sobre os seus sentimentos, de forma acolhedora e empática. É necessário, portanto, avaliar o estágio motivacional do usuário e trabalhar com os recursos acima mencionados (PILLON; LUIS, 2004, CASTRO; PASSOS, 2005).

“Nos grupos terapêuticos de primeira fase o paciente... Está iniciando; para o trabalho motivacional, grupo de segunda fase que aí você vai trabalhar mesmo as necessidades intrínsecas dos pacientes que são as ansiedades os medos as angústias.” (D1.24)

“Grupo terapêutico: os que chamam de primeira fase é quando ele (o paciente) está iniciando o tratamento, e o de segunda fase quando ele já está em abstinência.” (D2.19)

Existem, também, alguns grupos mais específicos, que foram desenvolvidos para atender demandas de características especiais, como o grupo terapêutico para atendimento exclusivo de mulheres. Este grupo tem como objetivo proporcionar um espaço em que as participantes sintam-se mais confortáveis para falar de questões femininas específicas.

“Tem o grupo de mulheres, com atividades voltadas pra elas, para se sentirem mais confortáveis” (D9.22)

Nenhum profissional citou grupos de família, o que nos chamou atenção, uma vez que a participação do familiar e sua contribuição para o tratamento são essenciais na assistência ao usuário de álcool e outras drogas. Não podemos esquecer, porém, que o serviço atende diversos usuários em situação de rua, que teoricamente não possuem respaldo familiar (COLVERO et al., 2004).

As oficinas terapêuticas são estratégias utilizadas pelos profissionais para a reabilitação dos usuários, entendidas como atividades grupais para a socialização, expressão e inserção social dos usuários que dela participam. Podemos verificar a importância das oficinas nos discursos abaixo:

“Tem as oficinas que são as atividades grupais com atividades dirigidas; que são terapêuticos pela convivência com o técnico que sabe do projeto terapêutico do paciente, que está interagindo.” (D4.13)

“Temos os oficinairos.” (D2.10)

“Oficinas são vários tipos; tem trabalhos manuais; agora está tendo uma de xadrez realizada por um médico. A oficina tem um objetivo terapêutico bem definido; tem

oficina de capoeira, música.” (D2.25)

Nas oficinas, os profissionais propõem o desenvolvimento de atividades que permitem a descoberta de possibilidades, antes inertes, incentivando práticas expressivas e buscando o desenvolvimento da subjetividade, conforme podemos observar na fala a seguir:

“As oficinas terapêuticas são espaços nos quais a gente faz teatro e na discussão do teatro, na construção das falas, eles vão se percebendo e vão se descobrindo. A gente estabelece algumas peças, que essas peças são escritas por eles mesmos dentro das suas histórias de vida e das suas dificuldades e facilidades.” (D1.9)

Esses espaços, como as oficinas, estimulam a participação do usuário, a expressão da criatividade, produtividade e potencialidades, desenvolvendo sua auto-estima e autoconfiança, e também a integração no grupo. Nas oficinas há lugar para diversos saberes, tendo os profissionais de Saúde Mental a responsabilidade de oferecer instrumentos e ações assistenciais visando à reabilitação e ressocialização.

O serviço precisa estabelecer um projeto de ampliação de suas parcerias com outras secretarias e equipamentos. Um exemplo de parceria que poderia aumentar as possibilidades das oficinas e dos materiais produzidos pelos usuários seria, por exemplo, com a Secretaria da Cultura, uma vez que grande parte das oficinas estimula e promove a arte. Cabe ressaltar que a arte, há muito, se vincula à saúde mental como coadjuvante ao tratamento. Por meio de ações como estas, seria possível a ampliação dos espaços por onde circulam os usuários e os técnicos de saúde, favorecendo a inclusão, enriquecendo a assistência e expandindo o horizonte destes indivíduos (COQUEIRO et al., 2010).

Há também a necessidade da aproximação de outras políticas sociais, com o objetivo de trabalhar com o indivíduo em todos os fatores que envolvem a assistência em saúde e o uso de álcool e drogas. Devem ser trabalhadas, portanto, estratégias de atenção às dimensões social, econômica, política, cultural, ética, psicológica, laboral, biológica e ambiental.

Em relação ao tratamento, o projeto institucional deste CAPS adII segue o preconizado pelo Ministério da Saúde focando o nível de assistência em três níveis: intensivo; semi-intensivo e não intensivo.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, afirma que os dependentes de álcool e outras drogas podem receber atendimento em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O atendimento intensivo é destinado aos usuários que, em função de seu quadro

clínico atual, necessitam de acompanhamento diário. O atendimento semi-intensivo, por sua vez, é destinado aos usuários que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no serviço e o tratamento não intensivo trata-se do atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência ainda menor (BRASIL, 2002).

De acordo com os profissionais, o nível de assistência ocorre:

“O paciente ele pode ficar em Três Momentos: Momento do Intensivo – aonde o paciente vem todos os dias; Momento Semi-intensivo – aonde ele vem dentro de uma programação já previamente estabelecida por uma equipe que o atende... É o tratamento Ambulatorial – aonde seu retorno é mais espaçoso... vem a cada quinze dias, um dia pra consulta, outro dia pra grupo terapêutico”. (D1.7)

“A parte assistencial tem várias frentes, então, tem a parte do CAPS que é aquela questão do Intensivo, Semi-intensivo, Não intensivo”. (D4.1)

Durante o atendimento ao usuário no serviço, podem ocorrer momentos de recaída e conseqüente intoxicação. Independente do nível de atenção no qual estava o usuário antes desta recaída, se constatado intoxicação, ele passa pelo tratamento de desintoxicação, e após este procedimento, o usuário passa a fazer parte do nível intensivo. Os usuários são atendidos nos leitos de observação recebendo cuidados médicos e de enfermagem. Como podemos observar a seguir:

“Se ele está muito intoxicado vai para a desintoxicação, aí ele vem todos os dias... Esse Intensivo é uma coisa dele vir diariamente, aí então, ele passa pelo médico que está de plantão, tanto clínico como psiquiatra, é dada medicação pra ele. A enfermagem acompanha tudo”. (D2.30)

“Dentro do intensivo, a gente tem a observação que é apenas uma parte do programa intensivo”. (D4.6)

Notamos, também, que nem todos os profissionais concordam com a permanência dos usuários nos leitos de observação, como podemos verificar no depoimento abaixo:

“Os leitos de observação, eu acho inútil porque não têm equipamento básico de vida ou morte”. (D5.11)

Caso o usuário possua sintomas da síndrome de abstinência, e seja avaliado pelos profissionais que ele precisa de assistência hospitalar, este é encaminhado a um hospital geral.

Os CAPSs ad II deveriam ser capazes de atender a maior parte da demanda dos usuários, evitando que estes

procurem hospitais ou outros serviços que não apresentam as diretrizes da atual política de saúde brasileira. Quando da necessidade de internação hospitalar, os CAPSs devem acionar um hospital geral de referência, sobretudo, os serviços hospitalares de referência para álcool e outras drogas. Este é um dos pontos importantes ao se trabalhar com o conceito de rede assistencial, em que os diferentes níveis de atenção devem ser considerados para que o usuário desfrute da integralidade assistencial que prevê o SUS (DEL-BEN, 1999).

Podemos verificar, nos discursos dos profissionais, que esta transferência do usuário para o hospital é de difícil acesso:

“Às vezes, eles precisam ir da observação pro hospital e o CAPS não tem transporte, nem o hospital.” (D7.12)

Na sequência, os sujeitos nos apontam que alguns usuários que se encontram nos leitos de observação devido à intoxicação podem ser liberados para participar de outras atividades. O usuário pode permanecer no leito até que cessem os sintomas mais importantes, e quando os profissionais avaliam que este está mais estável, ele pode frequentar oficinas, grupos, entre outros, como observamos a seguir:

“Isso não quer dizer que ele vai ficar lá a semana toda. Ele pode ficar no primeiro dia. Amanhã, ele pode ficar bem, ele passa, faz o processo da desintoxicação, vai para as atividades. Sempre quando ele chega”. (D7.24)

O usuário que se encontra no atendimento intensivo é avaliado constantemente, e quando a equipe reconhece a evolução do indivíduo, pode propor o encaminhamento deste ao atendimento semi intensivo. Esta avaliação é de grande importância para a execução do projeto terapêutico singular de cada usuário, porém, parece não ser tão fácil, uma vez que podemos identificar, no discurso dos profissionais certa dificuldade para estabelecer qual será a nova frequência e outros critérios para encaixá-lo:

“No intensivo, a pessoa vai melhorando aos poucos... Ela... tem um período que a situação dela está muito aguda e ela está precisando continência médica e de enfermagem mais... À medida que ela vai melhorando, vai espaçando as atividades dela”. (D3.8)

“Não intensivo que são mais consultas ambulatoriais, ou grupais que faz parte do quadro do projeto terapêutico do paciente”. (D4.8)

“No não intensivo, depois de um ano que o paciente está

sem beber, sem usar droga, é que a gente vai pensar em alta”. (D8.10)

Ao rever o projeto terapêutico singular, alguns princípios devem ser considerados, tais como: manter a continuidade do propósito inicial do projeto; ouvir as queixas dos usuários; acompanhar seu progresso; e procurar trabalhar suas necessidades externas (trabalhar o contexto, no qual usuário faz parte) (GRIFFITH et al., 1999).

A assistência deve apresentar um *continuum*, eliminando possíveis barreiras para a manutenção e procura dos usuários pelo tratamento. As práticas assistenciais prestadas nos serviços de atenção ao usuário de álcool e outras drogas devem ser determinadas pela equipe multiprofissional, porém, com a participação ativa do usuário, para que ele sinta-se acolhido e para que as suas necessidades sejam centrais no planejamento e evolução do projeto terapêutico singular (RIBEIRO, 2004; MARTINS et al., 2010).

CONCLUSÕES

Na instituição pesquisa, foi possível observar que as práticas assistenciais dos profissionais são cercadas de estratégias com o objetivo de acolher, planejar e realizar intervenções terapêuticas com os usuários. Destas estratégias, destacam-se, sobretudo as oficinas e grupos terapêuticos multiprofissionais.

Os profissionais verbalizam que o acolhimento ao usuário é extremamente importante, o que condiz com as afirmações encontradas na literatura especializada. Porém, estes sujeitos reconhecem que existem diversos fatores que dificultam que o acolhimento ocorra da maneira necessária para atender as demandas dos usuários.

Este estudo permitiu, ainda, visualizar a importância do projeto terapêutico singular, uma vez que, nos discursos, fica claro que a assistência deve ser planejada pela equipe interdisciplinar, e deve variar de acordo com as necessidades/demandas de cada um, resultando num plano de tratamento aos usuários que possam considerar os níveis diferenciados de atenção estabelecido nas instituições de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas.

É importante destacar, também, a necessidade de uma rede mais articulada para o cuidado destes usuários, uma vez que os profissionais verbalizam que, muitas vezes, o usuário precisa de cuidado em hospital geral e este processo é dificultado pela falta de acesso, pois faltam alguns recursos essenciais para uma articulação efetiva entre os serviços, como um sistema de referência e contra-referência, ou seja, esta articulação da rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, tem que ser estabelecida com a rede

de cuidados em saúde mental, devendo ainda ser implicada a rede de cuidados em DST/AIDS.

Na implementação da rede de atenção integral à saúde dos usuários de álcool e outras drogas não devemos considerar somente o âmbito sanitário e sim, a intersetorialidade, uma vez que as necessidades dos indivíduos são diversos e o uso destas substâncias é um fenômeno multifacetado.

Assim, a universalidade de acesso, a integralidade e o direito à assistência devem ser asseguradas a esses usuários, por meio de redes assistenciais descentralizadas, mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da

população.

E, finalmente que o uso de droga não deve ser considerado um problema ou uma patologia em si mesma, mas o sintoma, a consequência de uma problemática subjacente que conduz a ele; afirmamos, aqui, a importância de não patologizar o usuário de drogas, de qualquer faixa etária, sobretudo, a criança e o adolescente; que os fatores que determinam o uso de drogas são múltiplos, de determinação multifatorial e, eminentemente psicossocial e que as estratégias de cuidados estejam pautadas na lógica de redução de danos, sendo que os serviços tolerem a coexistência de tratamento e uso.

OLIVEIRA, E.; OLIVEIRA, M. A. F.; CLARO, H. G.; PAGLIONE, H. B. Care Practices in a Psychosocial Care Center for Alcohol, Tobacco and Other Drugs. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 247-254, set./dez. 2010.

ABSTRACT: Objectives: To identify and analyze the representations the professionals from a psychosocial care center for alcohol and other drugs construct about care practices developed at the institution. Methods: We interviewed nine professionals from a referral center for alcohol, tobacco and other drugs, at the city of Sao Paulo. Data were subjected to content analysis, supported by the theoretical and methodological social representation. Results: by analysing the emerging themes it were elaborated the central representation of the research: practical assistance to users with disorders caused by harmful use and alcohol and other drugs dependence. Conclusion: professionals in psychosocial care center for alcohol and other drugs have procedures for caring for the user of alcohol and other drugs, which vary with the level of attention and needs of each, and those are developed through therapeutic projects. Thus, care should be planned by an interdisciplinary team, considering that the harmful use of alcohol and other drugs are the result of multifaceted factors, which should guide and be part of these projects.

KEY WORDS: Health services; Public policies; Comprehensive health care; Mental health services/utilization.

REFERÊNCIAS

BERTONCELLO, N. M. F.; FRANCO, F. C. P. Estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno informativo da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental**: cuidar, sim excluir, não. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990 – 2004. 5ª ed. ampl. Brasília (DF): Centro de Documentação, 2004. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006**

– Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007.

CASTRO, M. M. L. D.; PASSOS, S. R. L. Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento de dependência de drogas. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 32, n. 6, 2005.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, 2004.

COQUEIRO, N. F.; VIEIRA, F. R. R.; FREITAS, M. M. C. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, 2010.

DEL-BEN, C. M., et al. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, 1999.

GRIFFITH, E.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo**: um guia para profissionais de saúde. Porto Alegre (RS): Artmed, 1999.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. O. Projetos terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 2, ago. 2009.

MARTINS, A.K.L.; OLIVEIRA, J.D.; SILVA, K.V.L.G. Therapeutic workshops in the perspective from CAPS' users: a descriptive study. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, v. 4, n. 1, 2010.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e

criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes, 1998.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 12, n. 4, 2004.

REPPUBLICA ITALIANA. Legge no. 180, 13 de maggio 1978. Accertament e trattament sanitari volontari e obbligatori. **Gazzetta Ufficiale**, 16 mag. 1978.

RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 26, n. 1, 2004.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 1997.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.