

AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E DROGAS

Thaís Yshida Cestari Lockley^{1}, Ricardo Henrique Soares¹, Maria Odete Pereira², Andrea Domanico¹ & Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira¹*

RESUMO

LOCKLEY, T.Y.C.; SOARES, R.H.; PEREIRA, M.O.; DOMANICO, A.; & OLIVEIRA, M.A.F. Avaliação da intervenção psicossocial em álcool e drogas. *Perspectivas Online: Humanas & Sociais Aplicadas*, v.9, n.24, p.31-46, 2019.

O presente estudo avaliou a intervenção de um serviço de atenção psicossocial em álcool e outras drogas a partir da perspectiva dos usuários, familiares e profissionais do serviço. Trata-se de um estudo qualitativo, transversal e descritivo, que empregou, para a coleta de dados, a observação participativa e o grupo focal. Os dados coletados foram analisados por meio do método hermenêutico-dialético, resultando nas seguintes categorias empíricas: o cotidiano do serviço; a

interferência da estrutura no processo de trabalho; o processo de trabalho; projeto terapêutico singular; e avaliação das atividades. O estudo concluiu que a intervenção oferecida pelo serviço promoveu melhor qualidade de vida aos usuários, porém, salientou a necessidade de mudanças nos projetos terapêuticos singulares e no próprio processo de trabalho, que interferiram negativamente no cuidado integral e no tratamento disponibilizado pelo serviço.

Palavras-chave: Avaliação; Saúde Mental; Gestão de Qualidade.

ABSTRACT

The present study evaluated the intervention of a psychosocial care service in alcohol and other drugs from the perspective of users, family members and service professionals. This is a qualitative, cross-sectional and descriptive study that used, for data collection, participatory observation and the focus group. The collected data were analyzed through the hermeneutic-dialectic method, resulting in the following empirical categories: daily

service; the interference of the structure in the work process; the work process; singular therapeutic design; and evaluation of activities. The study concluded that the intervention offered by the service promoted better quality of life for the users but stressed the need for changes in unique therapeutic projects and in the work process itself, which negatively interfered with the integral care and treatment provided by the service.

Keywords: Evaluation; Mental Health; Quality Management.

¹Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César, São Paulo, SP, CEP: 05403-000, Brasil;

²Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Santa Ifigênia, Belo Horizonte, MG, CEP: 30130-100, Brasil.

(*) e-mail: thaiscestari@hotmail.com

Data de recebimento: 04/09/2018. Aceito para publicação: 30/04/2019

1. INTRODUÇÃO

Diversos estudos apregoam a necessidade de submissão dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) a processos avaliativos, de modo a aferir a qualidade de atenção à saúde ofertada em seus espaços institucionais (SARACENO; FRATTURA; BERTOLOTE, 1993; OLIVEIRA et al., 2014; GONÇALVES et al., 2015).

A avaliação de serviços faz parte integral do planejamento e da gestão em saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações, redimensionando-as de forma a contemplar as necessidades de seu público e a dar maior racionalidade ao uso dos recursos (BRASIL, 2007; WETZEL; KANTORSKI, 2004; LEÃO; GOMEZ, 2014).

Avaliar qualquer atividade de saúde significa comparar o que se observa na prática com aquilo que se considera como melhor intervenção possível, ou seja, confrontar o que vem sendo realizado cotidianamente com o que deveria ser feito. Portanto, um processo avaliativo deve monitorar as ações, acompanhando a construção de um serviço que se proponha atender a inserção do usuário com maior resolubilidade, com uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos (BRASIL, 2004).

Com efeito, a avaliação de serviços de atenção psicossocial em álcool e outras drogas se faz necessária sobretudo em razão das recentes mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, que, entre outras alterações, incorporou à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) os ambulatórios multiprofissionais de saúde mental e os hospitais psiquiátricos, além de passar a desconsiderar que os serviços de atenção psicossocial sejam serviços de natureza substitutiva àqueles de caráter manicomial (BRASIL, 2019).

Neste sentido, este estudo objetivou avaliar a intervenção de um serviço de atenção psicossocial em álcool e outras drogas.

2. METODOLOGIA

O presente estudo é parte da pesquisa “Metodologias de avaliação e medidas de impacto das políticas para ações em álcool e outras drogas”, que, originalmente, foi composta por uma abordagem quantitativa e outra qualitativa. Este estudo contempla a etapa qualitativa, tendo caráter exploratório-interpretativo.

O trabalho de campo do estudo foi realizado no Núcleo de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (NAPS-AD) do Município de Santo André/SP. O NAPS-AD é um dispositivo de saúde que acolhe para tratamento pessoas em sofrimento mental decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Participaram do estudo 12 profissionais do serviço, 12 usuários do serviço e seis familiares dos pacientes. Foram incluídos no estudo apenas os membros da equipe técnica com pelo menos um ano de trabalho exercido no próprio serviço, tendo participado do estudo: seis psicólogos; dois enfermeiros; um assistente social; dois auxiliares de enfermagem; e um técnico em dependência química. Com relação aos usuários, foram incluídos aqueles com idades entre 18 e 65 anos e que estavam cadastrados e participando das atividades do serviço

há, no mínimo, 6 meses.

A coleta de dados ocorreu por meio das técnicas de observação participativa e grupo focal. A observação participativa é tratada como uma metodologia de pesquisa para captar a realidade, na qual o pesquisador está inserido. Nela, ao mesmo tempo em que o pesquisador está inserido no contexto estudado, ele modifica e é modificado na dinâmica situacional (MINAYO, 2004). A técnica de grupo focal pode ser definida como qualquer discussão de grupo em que o pesquisador esteja atento às interações entre os participantes e estimule tais ações. Esta técnica possibilita uma intensificação do acesso à informação, por parte do pesquisador, quanto à temática estudada (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Foram empreendidas duas sessões de grupo focal para cada modalidade de participantes, com duração média de 30 a 45 minutos, e cada sessão do grupo focal contou com a participação de pessoas diferentes, abordando-se os seguintes temas: o cotidiano do serviço, o processo de trabalho, qualidade de atenção, estrutura do serviço, e as atividades ofertadas.

A fim de preservar o anonimato dos participantes, cada grupo foi identificado por uma letra acompanhada de números em ordem crescente, à medida em que as falas foram inseridas no texto. Os usuários foram identificados pela letra U, os familiares pela letra F e os profissionais pela letra T.

Dados empíricos foram analisados pelo método hermenêutico-dialético apresentado por Minayo (MINAYO, 2004), que possibilita a compreensão a partir do entendimento dos textos dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, enquanto a dialética estabelece uma atitude crítica, ao estudar o dissenso, a mudança e os macroprocessos.

A fim de nortear a coleta de dados, foram empregadas no estudo cinco categorias de análise, a saber: o cotidiano no NAPS-AD; a interferência da estrutura no processo de trabalho; o processo de trabalho no NAPS-AD; Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário no NAPS-AD; avaliação das atividades e cuidados oferecidos no NAPS-AD.

Estas categorias de análise foram utilizadas como questões norteadoras nas sessões dos grupos focais. Todos os participantes aceitaram colaborar com a pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo a pesquisa aprovada no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (processo nº 1001/2011).

3. RESULTADOS

Serão apresentados os resultados de acordo com as categorias de análises empíricas.

3.1. O cotidiano no Núcleo de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas

O cotidiano no NAPS era diferente para cada modalidade de participantes da pesquisa. Com relação aos profissionais, a rotina de trabalho era diversa em razão das diferentes profissões que cada um exercia.

Meu dia a dia é chegar, recebo o plantão dos colegas do noturno, ao término da passagem de plantão, faço a transferência dos psicotrópicos do armário, toda a passagem de manhã enquanto eu recebo [...] Eles terminando a higienização, a gente verifica os sinais vitais e as medicações que eles têm que tomar de manhã, e o encaminhamos aqui para o andar de cima para poder tomar o café e aí eles vão ser distribuídos para grupos, se tiver naquele horário, e outros vão fazer atividades do HD. E aí o meu dia a dia é estar observando. (T01)

São 30 horas semanais. Essas 30 horas são divididas de acordo com as necessidades [...]. Os dias não são iguais, então na segunda-feira eu chego e faço grupo de acolhida de usuários de múltiplas drogas, depois eu faço grupo terapêutico de alcoolistas, depois faço dos grupos de tabagistas e por último o grupo terapêutico de usuários de múltiplas drogas novamente. (T03)

Dentre os usuários, também observamos diferenças no cotidiano no serviço. Alguns se encontravam em hospital-dia ou “HD” (como era denominado o acolhimento integral no NAPS-AD) todos os dias da semana; outros em alguns dias da semana; e os demais em grupos terapêuticos semanais.

A cada dia são atividades predeterminadas, mas a cada dia é algo diferente. Eu venho todos os dias e pela manhã tem um tipo de atividade e à tarde, outro. Tem uma escala que é feita para a semana [...]. Sempre têm duas atividades pela manhã e duas à tarde, para que cada um possa escolher o que quer fazer [...].(U01)

Na perspectiva dos familiares, os pacientes do serviço frequentavam pontualmente o NAPS-AD, ou seja, apenas compareciam às reuniões semanais dos respectivos grupos terapêuticos, retiravam a medicação psiquiátrica e/ou clínica, e consultavam o médico psiquiatra. Metade dos familiares conhecia o cotidiano de seus usuários.

[...] então aqui no CAPS ele só tem à tarde para ficar na reunião e para pegar medicação e vai embora. Isso hoje. Antigamente ele chegava 8h da manhã, ficava o dia inteiro, almoçava e ficava em tratamento fazendo com Terapia Ocupacional, psicólogo, médico [...].(F01)

Em contrapartida, outra metade dos familiares já não sabia com tanta certeza sobre o cotidiano dos pacientes.

[...] no começo meu marido bebia muito e já faz 1 ano que ele está aqui, toma remédio controlado para a cabeça e ele nunca mais bebeu. Sabe, que eu nem acredito! Acho que ele faz reunião com o psicólogo. Acho que é isso! [...]. (F04).

Então ele vem para grupos também, uma vez por semana. Só isso! Aí ele pega medicação e só! Ele também passa com o médico e é isso. (F05)

Com efeito, observou-se que o cotidiano dos profissionais varia em função da diversidade de profissões. Em relação ao dia-dia dos usuários, verificou-se ser relativamente comum a todos, diferenciando-se em razão da frequência ao serviço, das necessidades específicas, do foco de atenção do tratamento e da rotina de cada um fora do serviço. Acerca dos familiares, depreendeu-se que apenas parte deles detinha conhecimento a respeito do cotidiano dos pacientes no serviço.

3.2. A interferência da estrutura no processo de trabalho

O espaço interferiu no processo de trabalho, por exemplo, na relação entre número de salas e quantidade de usuários para serem atendidos: “Primeiro o espaço, ele é pequeno para tantas atividades, para tantos pacientes e a ventilação que não tem é pouca para tantos pacientes. Essas seriam as coisas principais.” (T07)

O espaço físico também interferiu no conforto dos profissionais que realizavam suas atividades diárias.

Falta o espaço externo, falta uma quadra. A manutenção é ruim, a ventilação é ruim, temos dois banheiros, sendo que ambos são ruins, mas o lá de baixo é um muquifo. Atualmente as cadeiras que estão em uso há 6 anos elas estão quebrando, portanto, têm momentos em que não têm cadeiras para os usuários. Faltam equipamentos eletrônicos mais modernos [...]. (T02)

Devido ao pequeno espaço físico, muitas atividades eram realizadas de maneira inadequada.

O posto de enfermagem é pequeno, precisa ser ampliado para poder acomodar todos os colaboradores de enfermagem. A janela dos quartos dos clientes que dá para a enfermagem e o armário de psicotrópicos precisam ser ampliados. A estrutura toda, na verdade, pois era uma residência que foi modificada para se tornar um CAPS. O lixo infectante está no lugar errado [...]. (T12)

Para os usuários, não apenas o espaço físico era ruim, mas também a falta de recursos na casa.

[...] mas quando eu comecei o número de pacientes era menor, então era mais direcionado o atendimento para nós. Hoje não, está com lotação excessiva, estão recusando pacientes por falta de espaço. [...] falta água aqui e às vezes temos que fazer vaquinha para comprar água para beber; não tem papel higiênico, o pessoal traz papel higiênico. Então a prefeitura deixa de fornecer uma série de coisas; a manutenção da casa, a prefeitura não está fazendo [...]. (U01)

O espaço interferiu ainda em atividades realizadas em locais precários e improvisados e, até mesmo, na internação.

Eu acho que deveria haver um espaço maior, dedicado, por exemplo... para um professor de educação física. Aqui tem aula de ioga em um espaço que não é para ser, capoeira, então eu acho que tinha que ser em uma quadra de esportes [...]. (U02)

A localização é ótima, mas o espaço, é ruim, tanto para o pessoal que fica internado, tem um quarto só com quatro camas para homens e um quarto para mulheres com três camas. Então não pode comportar muitas pessoas que precisam da internação, e não dá. [...]. (U09)

Embora o grupo focal com familiares não tenha abordado a estrutura, esta foi citada por metade dos entrevistados quando se falou das melhorias da estrutura: “na verdade é o espaço físico e mais pessoal [...]”. (F02)

A estrutura, com um espaço físico pequeno e pouco ventilado, apresentou-se como um dos principais problemas que interferiram no processo de trabalho e cuidados dos usuários e

familiares. No entanto, estes problemas foram mais marcantes nas falas dos profissionais e usuários, uma vez que eram os que permaneciam por mais tempo no serviço.

3.3. O processo de trabalho no Núcleo de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas

O processo de trabalho no serviço era fragmentado entre os profissionais das diferentes áreas profissionais. Todos os grupos de acolhida e terapêuticos eram realizados apenas por psicólogos. A equipe de enfermagem ficava restrita ao posto de enfermagem, em atividades relacionadas à dispensação de medicamentos, e cuidados aos usuários em HD e hospital dia e noite (HDN). Esta equipe também realizava atividades que não faziam parte de seu processo de trabalho, por ausência de outros profissionais na equipe, como a farmácia e o médico clínico; os enfermeiros de plantão ainda se revezavam na sala da farmácia e proporcionavam o suporte clínico aos usuários do serviço. Alguns enfermeiros entravam na escala de atendimento no plantão de acolhimento do serviço. Nem todos os profissionais participavam das reuniões de equipe.

Deixaria a dispensação de psicotrópicos ao encargo de um farmacêutico, para poder assim fornecer um cuidado de enfermagem para o cliente com maior qualidade e com mais atenção [...]. (T12)

Eu mudaria a interação da equipe multidisciplinar. Não é uma das melhores. (T08)

A estrutura do serviço interferia diretamente no processo de trabalho e, se possível, seria alterada por parte dos profissionais: “Com mais espaços e aumento da quantidade de técnicos, oficinas e com número de usuários e de pacientes, haveria maior aproveitamento para os mesmos. Acrescentaria palestras semanais abertas a todos os pacientes.” (T09)

A estrutura e a responsabilidade no serviço, bem como o matriciamento e a rede de saúde mental foram igualmente lembradas.

A gente não dá conta, porque o serviço não tem uma infraestrutura de NAPS 3. Funcionamos e somos cobrados para funcionar como NAPS 3. A gente tem aí 24 horas sem infraestrutura, então é um trabalho que compromete muita responsabilidade, um compromisso muito sério. E sem respaldo, sem a infraestrutura. (T05)

A RAPS foi lembrada pelos profissionais.

Eu acho que tem que ter a ampliação da rede e um trabalho de rede, falta ainda muito para se trabalhar com a rede, essa composição de rede e a descentralização, realmente implantar serviços em unidades básicas e capacitar os profissionais. (T05)

O matriciamento também foi lembrado: “Mudanças no processo de trabalho, como visitas domiciliares ou matriciamento são dependentes de mais tempo, o que não está havendo.” (T10)

Em contrapartida, os usuários expressaram gostar muito do tratamento que recebiam dos profissionais, reconhecendo o esforço da equipe.

Eles querem deixar nosso dia ocupado, nossa mente ficar focada no tratamento; eles desligam nossa mente da vida da rua [...]. (U01)
[...] é uma forma boa, eles são bons demais. Sabe, eles tratam a gente bem, não são ignorantes, não são burros, são educados. Você precisou deles, eles te ajudam [...]. (U03)
[...] eles são nossos anjos, eles se esforçam, nos tratam com carinho, independente da condição que você está. Eles puxam a orelha, mas nunca vi ninguém maltratar ninguém. Às vezes tem hora que eles precisam chamar a atenção de alguém, mas eles explicam a regra da casa e nós temos que cumprir, não é?. (U09)

Os familiares não responderam a questão sobre o processo de trabalho no NAPS-AD, uma vez que eles não acompanhavam de perto seus usuários, posto que, durante as atividades desenvolvidas no serviço, alguns familiares sabiam o que os usuários faziam e outros não.

3.4. Projeto Terapêutico Singular do usuário no Núcleo de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas

O PTS do usuário no NAPS-AD era elaborado pela equipe. O projeto iniciava quando o usuário era atendido no plantão de acolhimento pela primeira vez ou readmitido para o tratamento. Após o primeiro contato, o profissional identificava as principais necessidades do usuário e o inseria na rotina de atendimento do serviço em grupos de acolhida e/ou HD e/ou HDN. Por fim, esse profissional discutia o caso nas reuniões diárias de passagem de plantão e nas reuniões semanais com os demais profissionais. Alterações necessárias no PTS eram realizadas pela equipe.

[...] ele é dinâmico. O pessoal passa pelo plantão, basicamente é ali que tudo é acordado com o paciente, mas depois pode ser acrescentada uma atividade ou retirada, enfim depende do paciente. Como o T03 falou, nunca é só o T03 ou só T04 que vai fazer isso. Tudo é discutido em reuniões de equipe. (T07)
Na reunião de equipe são discutidos alguns casos e lá é decidido o projeto terapêutico destes pacientes, uma vez participando eu faço parte da elaboração do plano terapêutico. Quando estou no plantão de porta (acolhimento) também proponho um plano terapêutico dos usuários. (T12)

Os profissionais da enfermagem mostraram-se menos envolvidos com os PTS, ficando restritos ao dia a dia dos usuários do NAPS AD e a questões relacionadas à medicação.

Nós não participamos tanto assim; temos a noção do que está se fazendo com ele, do que está sendo falado para ele; é mais a questão da parte da medicação que nós participamos desse tratamento terapêutico e alguns conselhos quando ele vai até a enfermagem e nos solicita. (T01)
Sim. Praticamente faço mais a parte clínica dos usuários, mas eu participo sim. (T08)

Já os usuários participavam de seus PTS, dizendo que os profissionais estavam sempre os questionando nos grupos: “[...] aqui você participa ativamente do seu tratamento. Você dá a sua opinião, você fala o que você acha e o que você não acha.” (U02)

Os usuários reconheceram o esforço dos profissionais, pois os viam sempre se esforçando para superarem as dificuldades no processo de trabalho, oferecendo-lhes apoio e motivação.

[...] eles conversam com você, sempre dá um jeitinho de você estar desenvolvendo alguma coisa que vai ser interessante para o seu dia, nada

forçado assim. Isso aí não tem... Eu procuro fazer aquilo que eu tenho mais facilidade, para estar fazendo um trabalho bacana... Passo o meu dia de uma maneira agradável né? E sempre de acordo com a minha vontade. Nunca me forçam. (U05)

Quanto a mudanças que os usuários realizariam em seu PTS, foram citadas alterações relacionadas à melhoria do prédio, pois a estrutura interferia no tratamento.

Eu acho que tinham que incluir uma atividade física, uma atividade mais aeróbica, e que seja acompanhada por um profissional da área. Às vezes nós temos que nos reunir em uma sala igual a que estamos agora, com muito calor, muito abafado. [...] (U02)

Também foi relatada a falta de profissionais no serviço: “Para mim, a falta de uma Terapia Ocupacional; a Terapia Ocupacional aqui é inadequada...” (U10)

Alguns familiares não participavam das propostas de tratamento e das atividades desenvolvidas com os pacientes, não demonstrando interação com o PTS dos usuários.

Não. Só venho quando ele passa no médico, porque eu passo com ele. Ele que vem e pega o remédio sozinho[...]. (F03)
Não, nós não conversamos muito sobre isto também. O que importa é que ele venha e não abandone o tratamento. (F05)

Em contrapartida, um familiar sabia de tudo sobre o paciente: “Sim, a médica passava toda a medicação assim, à risca, para eu colocar na geladeira, para eu dar a medicação, tudo à risca comigo. Porque ele não queria tomar, então era tudo comigo.” (F01)

Nesse sentido, observou-se a importância da efetiva participação dos familiares no curso do tratamento oferecido pelo serviço.

3.5. Avaliação das atividades e cuidados oferecidos no Núcleo de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas

Todos os profissionais participavam das avaliações de tratamento e dos PTS dos usuários, que eram discutidos em reuniões diárias e semanais.

Quando alguns pacientes têm alta, nós solicitamos que eles tragam algo por escrito neste dia [...] e muitos deles colocam tudo desde o começo, fazem um histórico um levantamento, e isso é uma avaliação, do processo terapêutico deles e do tratamento que eles receberam. Isso é arquivado no prontuário de cada paciente. Não é algo oficial, não é algo organizado assim, mas tem essa avaliação. (T05).

Os usuários participantes concordaram que as avaliações eram feitas semanalmente, nos grupos terapêuticos ou de acolhida, pelo profissional de referência: “Toda semana é conversado sobre isto nos grupos semanais. Expressamos nossa opinião, conversamos sobre nosso tratamento.” (U01)

Outro ponto destacado para as avaliações foi a assembleia dos usuários, que era realizada semanalmente: “Toda semana tem assembleia e lá a gente discute sobre algumas coisas que a gente acha que está ruim, algumas atividades, mas isso é interno.” (U09)

Quanto aos familiares, três deles eram sempre chamados pela oficinaira (T09), para conversar a respeito do paciente, sua melhora, regressão ou apenas para comunicar o andamento do tratamento. Segundo os familiares, nenhum dos psicólogos conversou com eles a respeito dos pacientes.

A referida oficinaira chamou e outra terapeuta ocupacional [...] me chamou e eu participei. Pelo menos essas duas; chamaram. Ah! E a médica. (F01)

A oficinaira fala sempre comigo [...] ela fala para mim o dia que ela acha que ele está pior, o dia que ele está melhor. Ela procura saber o que pode ter acontecido durante a semana para ele estar assim. Então, eu acho que ela nunca deixou de chamar.(F02)

Então, às vezes a oficinaira me chamava quando ele estava em HD direto, sabe. Falava coisas boas e que ele está melhorando. [...], mas nenhum psicólogo me chamou para falar dele. (F04).

Em contrapartida, metade dos familiares participantes também referiu nunca ter sido chamada por nenhum membro da equipe profissional do serviço: “Como ele está não. Até o momento não. Para ver como ele está ou falar do tratamento não [...].” (F03)

Com efeito, verificou-se novamente a questão da falta de esclarecimentos aos familiares dos pacientes; neste caso, acerca da avaliação do quadro dos usuários e dos respectivos cuidados dispensados pelo serviço.

4. DISCUSSÃO

Neste estudo, verificou-se que o cotidiano dos profissionais é bem variado. O processo de trabalho é hierarquizado, principalmente o da equipe de enfermagem. O serviço é composto em maior número por psicólogos, que realizam os grupos de acolhida e terapêuticos.

O NAPS considerado neste estudo era credenciado como CAPS II, mas, funcionava há 8 anos como CAPS III. Os Recursos Humanos de um CAPS III no período diurno são dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior (das seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao Projeto Terapêutico) e oito profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artes) (BRASIL, 2002). A equipe multiprofissional estudada, porém, era composta por seis psicólogos, dois assistentes sociais, um médico psiquiatra, quatro enfermeiros, sete auxiliares de enfermagem, três arte-educadores e um técnico em dependência química, o que demonstra uma má utilização dos recursos humanos no serviço, e que interfere no processo de trabalho da equipe.

Em alguns grupos, há a presença da assistente social, do técnico em dependência química ou de uma oficinaira. Sempre há um psicólogo junto. A equipe de enfermagem não realiza e/ou faz parte de nenhum grupo. O enfermeiro de CAPS/CAPS AD encontra barreiras em se integrar à equipe interdisciplinar do serviço, pois, em uma equipe tradicionalmente hospitalar, o médico é o principal profissional para o paciente; já nesta modalidade de atendimento, este profissional é o psicólogo (ROCHA, 2005).

O serviço estudado voltava-se muito para a questão do tratamento e pouco se estendia à vida dos usuários. O PTS baseia-se em oficinas internas e grupos terapêuticos. Poucos usuários utilizam-se do Núcleo de Projetos de Santo André como serviço completar ao

tratamento. Há, assim, um empasse referente ao matriciamento da rede de saúde mental. O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, suporte técnico-pedagógico, vínculo interpessoal e apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população (BRASIL, 2011).

Alguns familiares tinham conhecimento do cotidiano dos pacientes no serviço; outros, não. O serviço deve estar aberto aos familiares, para discutir o tratamento oferecido, sanar possíveis dúvidas e auxiliá-los no que for necessário (CAMATTA; NASI; ADAMOLI; KANTORSKI; SCHNEIDER, 2011).

A estrutura de um serviço de atenção a usuários de álcool e outras drogas deve ser adequada para atender a demanda de pessoas da rede de saúde mental. O CAPS-AD deve conter, no mínimo, consultórios para atividades individuais, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

O NAPS-AD avaliado continha, no térreo, recepção e administração, dois consultórios para atendimento médico e de acolhimento, uma copa destinada aos funcionários, cinco banheiros (um de uso exclusivo dos funcionários e os demais para os usuários), uma lavanderia (onde se armazenavam materiais de limpeza), dois dormitórios (um feminino com três leitos e um masculino com quatro leitos), uma sala de arquivos (onde eram depositados os prontuários de pacientes que abandonaram o tratamento) um almoxarifado que servia de estoque de medicamentos e um posto de enfermagem. No primeiro andar, existia uma copa/cozinha destinada para os usuários do serviço, duas salas para realização de atividades, duas salas de grupo e um banheiro para paciente. A instituição não possuía área externa útil para as atividades terapêuticas.

O espaço do CAPS deve ser adequado às características específicas de seus usuários, para promover a expressão da subjetividade dos mesmos, além de oferecer um local de cuidado adequado e com profissionais em condições de oferecer continência ao sofrimento do outro (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

O discurso acerca do espaço físico foi sobre um ambiente inadequado e que interferia negativamente no processo de trabalho dos profissionais. Era um espaço pequeno, com poucas salas, tanto para realização das atividades dos usuários, quanto para os profissionais, sem ventilação adequada e sem recursos mínimos aos profissionais.

Alguns familiares caracterizaram o espaço pequeno, enquanto outros relataram que não era necessário modificar nada. Tal divergência de opiniões pode ser explicada pela pouca inserção do familiar no serviço, pois os familiares compareciam ao serviço apenas uma vez na semana para o grupo terapêutico de familiares.

Sobre o conceito multiprofissional da equipe, deve haver predomínio de uma abordagem técnica, na qual diferentes profissionais realizam juntos suas atividades, cada um em seu domínio (MARQUES et al., 2007). Isso foi percebido no serviço estudado. A equipe foi vista como multiprofissional e integrada, porém, alguns profissionais relataram necessidade de mais interação.

O PTS é multidisciplinar e associa diferentes saberes e conhecimentos de distintas profissões ao acolhimento dos usuários. Tem como base a compreensão do ser humano, que estabelece a ação a fim de alcançar os produtos em saúde, a saber: o cuidado, o entendimento

e a concepção do processo saúde-doença (HORI; NASCIMENTO, 2014).

O cotidiano do serviço em saúde mental abrange as relações entre as pessoas (HORI; NASCIMENTO, 2014) e o PTS deve ser construído por todas elas, a fim de promover um cuidado integral, com o objetivo da reabilitação psicossocial.

Alguns profissionais relataram que o PTS do serviço era construído inicialmente pelo profissional do plantão de acolhimento e, em seguida, discutido em reuniões diárias de equipe. Os profissionais de enfermagem apontaram que não contribuíam para o PTS, pois ficavam restritos à dispensação de medicamentos, ao posto de enfermagem e às observações do HD.

O papel do enfermeiro em saúde mental, até 1946, nos Estados Unidos, era voltado totalmente ao cuidado de terapias somáticas e necessidades elementares. A partir de 1947, o profissional passou a desenvolver outra atividade, denominada “atitude terapêutica”. Porém, somente a partir de 1952 é que o papel do enfermeiro foi lançado aos saberes, uma vez que Peplau promoveu as bases para o papel do enfermeiro psiquiátrico e em saúde mental, fundamentada nas relações interpessoais (PINTO; PINTO; CAVALCANTE, 2011).

O enfermeiro possui bases sólidas de conhecimento para desenvolver o cuidado integral ao usuário, mas ainda há muitas dificuldades nesse processo, como próprio profissional e inserido em uma equipe multidisciplinar.

No processo de trabalho em saúde, o objeto de intervenção é o ser humano, e o agente ou força de trabalho é o profissional (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008). Este profissional se desgasta no processo e dedica energia em suas atividades, para proporcionar intervenções aos usuários. Novamente, a falta de profissionais no serviço, como o farmacêutico e oficinairos, foi relatada como mudanças necessárias no processo de trabalho dos profissionais, que manifestaram seu desgaste.

A ambiência do CAPS deve garantir a usuários e profissionais conforto, privacidade e individualidade, valorizando o ambiente e, ao mesmo tempo, o espaço físico, possibilitando o encontro de subjetividades (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

Havendo mudanças no ambiente de trabalho aqui observado, os profissionais poderiam acrescentar outras atividades, realizar mais grupos e acolher melhor os usuários. Sob a alegação de alta rotatividade no serviço, pouco espaço físico e falta de Recursos Humanos, os profissionais terminam por não aceitarem novos pacientes e dão alta a outros que não estão preparados a diminuir o comparecimento ao serviço. Em contrapartida, os usuários reconheceram os esforços que todos os profissionais fazem para acolhê-los e manter o bom funcionamento do serviço.

Ainda, por conta do aumento da demanda de atendimento, alguns profissionais modificam o PTS dos usuários com pouco tempo de tratamento, diminuindo a quantidade de dias de HD e até dão alta a outros que não estão prontos para sair do tratamento. Não pode retirar um usuário do tratamento antes do tempo programado por conta da alta demanda. Com exceção dos hospitais psiquiátricos, o NAPS AD é o único serviço com atendimento nessa modalidade.

Com relação às mudanças que fariam no PTS, os usuários modificariam a estrutura, para que o espaço fosse ampliado e oferecesse exercícios físicos para desenvolver novas habilidades. Novos profissionais, como o Terapeuta Ocupacional, deveriam ser contratados. O

matriciamento é um novo modo de produzir saúde em duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, com o objetivo de promover a clínica ampliada e o atendimento aos profissionais.

O matriciamento pode favorecer o desenvolvimento do serviço, uma vez que há uma parceria entre a rede de saúde mental e a rede de saúde coletiva, a fim de garantir atendimento e acolhimento a todos os usuários (BRASIL, 2011).

A família é uma modalidade de usuário do serviço, que, por sua vez, lhe deve cuidado; enquanto serviço de saúde mental, o serviço tem responsabilidade de orientá-la, apoiá-la e fortalecê-la, para promover a reintegração familiar, social e profissional, melhorando a qualidade de vida de todos os envolvidos neste processo de adoecimento (SILVA; GUILHERME; SILVA, 2000).

O entrosamento dos familiares dos usuários com a equipe foi pequeno, e apenas um familiar possuía conhecimento do PTS do usuário. Os familiares possuíam conhecimento geral do projeto, como o cotidiano no serviço ou os dias de tratamento.

Além das avaliações semanais realizadas nos grupos terapêuticos e de acolhida, alguns profissionais solicitavam uma avaliação aos usuários que terminam o tratamento, que ficava anexada aos prontuários deles. Os usuários também relataram que as avaliações eram realizadas semanalmente, durante os grupos dos quais participaram, e acrescentaram que sempre havia necessidade de mudanças no PTS, para melhorar e aprimorar o cuidado em saúde no serviço.

Três familiares relataram que a oficina sempre os procurava com o propósito de realizar avaliações informais de seus usuários em tratamento. Avaliar qualquer atividade de saúde significa comparar o que se observa na prática àquilo que se considera como melhor intervenção possível, ou seja, confrontar o que é realizado cotidianamente com o que deveria ser feito (GONÇALVES et al, 2015).

A avaliação de serviços faz parte integral do planejamento e da gestão dos serviços de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e dos serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público e dando maior racionalidade ao uso dos recursos (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008; DESLANDES, 1997).

Destacamos como contribuições deste artigo um novo olhar ao processo de trabalho do serviço, considerando as relações desenvolvidas e as necessidades de mudanças levantadas pelos participantes da pesquisa.

Como limitações de estudo, houve dificuldade em marcar horário e promover encontros com os familiares dos usuários. Isso ocorreu provavelmente pelo fato de os familiares comparecerem ao serviço apenas uma vez na semana e não terem tempo disponível em suas rotinas diárias.

Um processo avaliativo de CAPS deve monitorar as ações, acompanhando a construção de um serviço que se proponha a atender a inserção do usuário com maior resolubilidade, com uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional, na utilização de múltiplos recursos e no atendimento e acolhimento da demanda existente.

5. CONCLUSÕES

Questões divergentes no serviço em questão foram detectadas, como a participação da equipe multidisciplinar no processo de trabalho institucional, a inserção da enfermagem nas práticas em saúde e em saúde mental, o relacionamento entre os diversos profissionais, a demanda de atendimento e a nova gestão de atenção.

Os familiares devem estar mais integrados ao cuidado com os pacientes. Avaliações e reuniões com a família, e não apenas com um ou dois membros, devem ser realizadas com frequência. O cuidado aos familiares deve se estender aos grupos terapêuticos, afinal eles também são usuários do serviço.

A intervenção em usuários de álcool e outras drogas é efetiva, porém há necessidade de mudanças em alguns momentos do PTS e do processo de trabalho dos profissionais que interferem negativamente no cuidado integral e no tratamento dos mesmos.

Ainda, o tratamento no CAPS AD promove melhor qualidade de vida aos usuários de álcool e outras drogas, a qual pode ser ampliada para promover, de forma efetiva, a reabilitação psicossocial.

Um olhar singular aos processos de trabalho e as limitações do estudo, podem auxiliar a promover uma prática de atenção a população que faz uso de álcool e outras drogas, visando o direito ao acesso à saúde e a qualidade do acolhimento humanizado ofertado. A compreensão do cuidado na clínica ampliada justifica a explanação da pesquisa em questão.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Nota Técnica n. 11, de 2019. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

BRASIL. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

BRASIL. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/pnass.pdf>

BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf

BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://www.unodc.org/pdf/brazil/polit_ms_acool_e_drogas.pdf

CAMATTA, M.W.; NASI, C.; ADAMOLI, A.N.; KANTORSKI, L.P.; SCHNEIDER, J.F. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4405-4414, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a13v16n11.pdf>

COSTA, P.H.A.; COLUGNATI, F.A.B.; RONZANI, T.M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciência e saúde coletiva**, v.20, n.10, p.3243-3253, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003243&script=sci_abstract&tlng=pt

DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.20, n.1, p.5-25, 1999. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4218/2228>

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.3, n.1, p.103-137, 1997. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X1997000100020&script=sci_arttext&tlng=en

GONÇALVES, R.M.A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.40, n.131, p.59-74, 2015. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/12971>

HORI, A.A.; NASCIMENTO, A.F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v.19, n.8, p.3561-3571, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000803561&script=sci_arttext&tlng=en

LEÃO, L.H.C.; GOMEZ, C.M. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência saúde coletiva**, v.19, n.12, p.4649-4658, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04649.pdf

MARQUES, J.B. et al. Contribuições da Equipe Multiprofissional de Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, n.2, p.246-255, 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0021.pdf#page=54>

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed., São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, M.A.F., et al. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde em debate**, v.38, n.101, p. 368-378, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2014.v38n101/368-378/pt/>

PINTO, D.M.; PINTO, A.G.; CAVALCANTE, C.M. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v.20, n.3, p.293-302, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/714/71421157010/>

ROCHA, R.M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro e atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v.14, n.3, p.305-357, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a05>

SARACENO, B.; FRATTURA, L.; BERTOLOTE, J.M. **Evaluation of psychiatric services: hard and soft indicators in innovative approaches in service evaluation: consumer contribution to qualitative evaluation-soft indicators**, Geneva: WHO/MND/93.19, 1993.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.1, p.127-34, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41715>

SILVA, A.L.; GUILHERME, M.; ROCHA, S.S.; SILVA, M.J. Comunicação e enfermagem em saúde mental: reflexões teóricas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.8, n.5, p.65-70, 2000. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1500>

STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.; ARANTES, E.C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**, São Paulo: Manole, 2008.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L.P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v.13, n.4, p.543-548, 2004. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/714/71413412/>