

## **CONSTRUINDO REDE DE CUIDADOS NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS: O desafio da intersectorialidade no cotidiano do trabalho em saúde e os direitos humanos**

Marco José de Oliveira Duarte<sup>1</sup>

Esta comunicação tem por objetivo apresentar contribuições propositivas a partir de nossa experiência realizada através do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas – PET Saúde/Saúde Mental da UERJ<sup>2</sup>, desenvolvido entre 2010 e 2012, através das Estratégias de Saúde da Família – ESF do Borel e Casa Branca situadas no Complexo Territorial do Borel, que engloba 7 (sete) comunidades, são elas: Borel, Casa Branca, Chácara do Céu, Indiana, Morro do Cruz, Catrambi e Bananal e que tem uma população, segundo os dados do IBGE e do cadastro das ESFs, do Complexo Territorial do Borel, aproximadamente, de 13.000 habitantes e a realidade conjuntural sobre crack, álcool e outras drogas na cidade do Rio de Janeiro.

Nosso entendimento é que a partir da experiência supracitada, nossa intervenção se baseou em uma forma processual de construção de uma rede intersectorial de cuidado para com os usuários de saúde mental, crack, álcool e outras drogas e suas famílias no referido território, de forma dialogada,

---

<sup>1</sup> Prof. Dr da Faculdade de Serviço Social da UERJ. Coordenador do NEPS – Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UERJ. Supervisor do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial da UERJ.

<sup>2</sup> O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde foi regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. Prevê ação intersectorial direcionada para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde – SUS a partir da educação pelo trabalho, com tutores, preceptores (profissionais dos serviços de saúde) e estudantes de graduação da área da saúde. É uma estratégia do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE, em implementação no país desde 2005. Tem como fio condutor: a integração ensino-serviço-comunidade. É fruto da parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior – SESU, do Ministério da Educação e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR). O PET-Saúde/Saúde Mental/Crack, foi iniciado em 2011 e contou com 80 grupos selecionados – com a seguinte proporção, 1 (um) tutor: 3 (três) preceptores: 12 estudantes.

pactuada e coordenada com outras instituições governamentais e não governamentais no cotidiano de uma comunidade pacificada na cidade do Rio de Janeiro, em que a temática das drogas ainda se coloca na forma da repressão, por um lado, ou mesmo da interdição compulsória, de outro, mas nossa atuação se pautou na perspectiva da autonomia e da cidadania dos sujeitos que fazem uso prejudicial de drogas e seus direitos.

A construção desta rede de cuidados pressupôs uma inversão da lógica do procedimento-centrado nos equipamentos da ESF, através de suas equipes, e da lógica da repressão, para uma ação de base territorial e comunitária que envolve outros equipamentos, serviços, projetos e instituições governamentais e não governamentais presentes no Complexo Territorial do Borel de forma dialógica, pactuada e transversal.

Para tanto, de forma inédita, deparamo-nos no referido território, quando da nossa inserção, da existência da Rede Social Borel que se instituiu a partir de uma articulação entre grupos e coletivos da comunidade, a partir da pacificação das mesmas, em 2010, tomando como referência o protagonismo dos seus moradores na defesa de seus direitos e na perspectiva de melhorar o diálogo entre sociedade civil organizada e o poder público para promover ações integradas com foco no desenvolvimento local.

Nossa inserção, como representantes da universidade, mas na dobra entre formação-educação e saúde, deu-se de forma diferenciada, como parceiros externos, em conjunto com outras instituições públicas presentes no território, tais como a Unidade de Polícia Pacificadora - UPP Borel (SESP-RJ), UPP Social Borel (Prefeitura da Cidade do Rio) e Programa Territórios da Paz no Borel (SEASDH-RJ). A partir da observação e da participação nas reuniões da Rede Social Borel, no trabalho de campo, observamos a ausência de outros serviços e instituições públicas tais como a educação, a saúde, a assistência social, esporte e lazer, habitação, dentre outros. Destaca-se que uns são presentes na comunidade, tais como escola, creche e unidades de saúde, mas outros são totalmente ausentes enquanto política pública.

Em primeiro momento, no sentido de garantir e promover a saúde dos seus habitantes, apostamos no trabalho em saúde na forma do matriciamento

com as ESF locais, com relação ao tema da saúde mental, crack, álcool e outras drogas. De imediato fomos procurados, de forma particular, por conta do estigma e vergonha de alguns, para esclarecimentos quanto ao trabalho e de possíveis desdobramentos para o conjunto da comunidade, demonstrando com isso a falta de comunicação-informação quanto ao tratamento sobre essa questão no território, tendo em vista que o imaginário popular, reforçado pela hegemonia da mídia, opera na seguinte forma de solução deste problema, ou na forma da internação ou da repressão, muito reforçado também por outros organismos públicos presentes na comunidade e mesmo organizações não governamentais, com forte conteúdo religioso e moral, muito presente na sociedade como um todo quando o assunto são as drogas de uma maneira geral, a leitura que se tem é que o indivíduo é sem-vergonha, preguiçoso, “malandro” ou outros estereótipos para esses usuários de drogas, esquecendo que numa sociedade cada vez mais medicalizada, o uso de substâncias químicas é cada vez maior.

Dando continuidade, reunimos com instituições públicas estratégicas e parceiras para organização e ação coordenada da I Roda de Conversa sobre o tema com apoio da Rede Social e da UPP. A realização deste evento, inédito e singular, contou com a participação de 15 (quinze) representações de instituições governamentais e não governamentais, totalizando a presença de 30 (trinta) participantes. Como produto desta roda, criamos o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) com representantes das instituições presentes com o objetivo de melhor aprofundamento, reflexão, diálogo e pactuação para ações coordenadas tendo como referência a construção de uma rede de cuidados para com os usuários de drogas e suas famílias no território, tomando os serviços e projetos das mesmas a serem oferecidos para a realidade local.

Destacamos que um dos principais efeitos da construção desta rede está na aquisição de informações sobre o que cada instituição governamental e não governamental realizada no referido território. A realidade concreta de uma rede impõe a necessidade de podermos operar com os recursos existentes de cada uma e na medida em que cada representante institucional desconhecia o que os outros faziam, a primeira atividade do GTI e de forma interinstitucional foi a criação de um catálogo das instituições, grupos, coletivos e projetos

governamentais e não governamentais que desenvolvem atividades no Complexo Territorial do Borel no sentido do diálogo e da conversação intersetorial para com o trato de forma ampla do conceito de cuidado no território para com os usuários de drogas e seus familiares e em um futuro próximo uma cartilha sobre o tema.

Assim, salientamos que algumas diretrizes éticas e políticas são comuns entre os campos que dialogam na construção desta rede de cuidados, no entanto, os sujeitos que operam essas políticas são atravessados por outros olhares, a partir de seus modos de vida e visões de mundo, e com isso, o diálogo entre os sujeitos são realizados não sem disputas ideo-políticas, contudo a correlação de forças não aniquila a diferença, ao contrário, ela é salutar, na medida que socializa e capacita para esse tipo de trabalho.

Entendemos que essa atividade-frente deve ser ampliada e potencializada junto as outras comunidades pacificadas na área programática que nos circunscreve, e não só, mas também nas ruas da cidade, em que as drogas e seus usuários circulam de forma nômades, pois favorece um repensar teórico-prático nos territórios que cuidamos, favorecendo esse tipo de ações, que é um desafio das políticas públicas presentes com ações intersetoriais.

Diante do exposto, cabe ressaltar da importância do CAPS no território e na atenção básica, reafirmando sua vocação e seu mandato de cuidado no território, constituindo-se na Rede de Cuidados. Isso se observa no alto índice de transtornos mentais e usuários com queixas de sofrimento psíquico na atenção básica. Estudos revelam que além dos transtornos mentais comuns, os usuários apresentam queixas de sofrimento difuso, caracterizadas pelas queixas inespecíficas: estados depressivos, ansiosos e transtornos de somatização. Além disso há um aumento expressivo da prevalência de uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas (crack, álcool e outras drogas), que complexificam ainda mais a demanda e, conseqüentemente, a abordagem a esses problemas de saúde.

As equipes dos CAPS gerenciam os projetos terapêuticos e atuam como matriciadores das equipes básicas de saúde. O matriciamento é um dos principais pontos na interface saúde mental e atenção básica, que consiste no

trabalho de equipes matriciais, especializadas, que oferecem espaços de discussão de casos e condutas técnicas, numa modalidade de trabalho que envolve a pactuação de ações e o compartilhamento de responsabilidades entre as equipes. Nesse âmbito a equipe do CAPS se torna referência para atenção a essa população adscrita no território.

O CAPS oferece retaguarda especializada às equipes da atenção básica, no caso, as ESF, se houver NASF, melhor ainda. A partir da integração dessas equipes, na preceptoria, percebeu-se a existência de situações no território que envolvem famílias inteiras em grave situação de risco psicossocial. As equipes dos CAPS atuam como matriciadoras na discussão de casos, atendimento ou consulta conjunto, visitas e atendimento domiciliares, com a conseqüente capacitação das equipes da atenção básica, incluindo ou não os usuários nos CAPS, a depender de suas demandas.

As estimativas do Ministério da Saúde indicam que cerca de 3% da população brasileira - ou 5,7 milhões de indivíduos -, em todas as faixas etárias, necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, em razão de transtornos mentais severos e persistentes, como psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves ou deficiência mental com grande dificuldade de adaptação. Outros 9% (17,1 milhões) precisam de cuidados em saúde mental na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem, por serem transtornos considerados leves. Já os transtornos associados a álcool e outras drogas atingem aproximadamente 12% da população acima de 12 anos de idade, com impacto da dependência por álcool 10 vezes maior que o conjunto de drogas ilícitas.

Essas ações são ferramentas de trabalho que promovem a ampliação e a visão integral das situações que envolvem os usuários moradores da referida área programática no território da rede pública de atenção psicossocial. Que embora ainda tímida, precisa ser alargada e ampliada para toda a cidade do Rio de Janeiro, dada a sua complexidade urbana. A experiência aponta para a realização desse tipo de trabalho integrado e interdisciplinar, capacitando as equipes que atuam na atenção básica para que essas desenvolvam maiores competências e se tornem mais empoderadas para realizar e operacionalizar o

cuidado em saúde/saúde mental em parceria com os CAPS, principalmente quando se pensa em ESF de população de rua, ou mesmo quando dos Consultórios de Rua. A necessidade de ampliar o quadro de profissionais, pela via do concurso público para todas as áreas do conhecimento que operam com essa política pública em sua intersetorialidade.

Assim, a partir de nossa experiência, destacamos as nossas contribuições: Trabalho de capacitação com as equipes; Abordagem da Redução de Danos com a ESF e NASF como alternativa a abstinência e internação compulsória vigente nos modelos assistenciais; Capacitar a produção do cuidado pela ESF para identificar as doenças orgânicas, diagnóstico de co-morbidades psiquiátricas e o uso de medicação pela ESF com matriciamento especializado (muito irrisória na rede); Ampliar as intervenções com as famílias sem culpabilizá-las; Reforçar as intervenções locais, criando redes e se articulando com o CAPS no TERRITÓRIO, para isso ampliar essas unidades na cidade, com gestão públicas; Estimular as Intervenções preventivas e suas abordagens que ainda são insuficientes, sem conteúdo fundamentalista religioso e moralista sobre o tema; Encaminhamentos inclusive para Hospital Geral, com a necessidade de ampliação dos leitos de atenção integral em saúde mental nestes hospitais;