

O REAL E O IDEAL EM UM SERVIÇO SUBSTITUTIVO DE SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE REAL AND THE IDEAL IN A SUBSTITUTE MENTAL HEALTH SERVICE: AN EXPERIENCE REPORT

Gleyde Raiane de Araujo ¹

Lucélia Mendes Nogueira da Silva ²

Silmara Almeida do Nascimento ³

Raul Ricardo Rios Lima ⁴

RESUMO

Desde a reforma psiquiátrica, o modelo de tratamento oferecido a usuários de serviços de saúde mental sofreu profundas e importantes reformulações, passando da perspectiva biomédica para a biopsicossocial e enfocando ações que abarcassem a integralidade e a singularidade dos usuários dos serviços. Como propostas inovadoras desse movimento surgiram serviços substitutivos como ferramentas de atenção à saúde no tratamento de uso/abuso de álcool e outras drogas, que adotam estratégias de redução de danos e (re)inserção social. O objetivo deste artigo é relatar a experiência de estágio no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do município de Parnaíba, Piauí, Brasil. O estudo tem caráter descritivo-qualitativo, seguindo os princípios da observação participante, além de embasamento teórico não sistemático sobre o tema. Os principais resultados identificados foram dificuldades em relação à estrutura, à desarticulação da rede, à falta de integração multiprofissional, a problemas intersetoriais, à ausência de diálogo instituição/família e à ociosidade. A ociosidade dos usuários foi o aspecto que mais chamou atenção no serviço e provocou muitas angústias e reflexões críticas sobre as terapêuticas ofertadas. Mais que apontar e criticar os erros, o estágio proporcionou uma avaliação de nossa atitude profissional e da responsabilidade do trabalho em saúde mental. As frustrações e dificuldades vivenciadas propiciaram crescimento profissional, no sentido de não alimentar expectativas utópicas acerca do sistema e buscar contribuir para tornar o Sistema Único de Saúde (SUS) mais humanizado.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Ações terapêuticas.

ABSTRACT

Since the psychiatric reform, the treatment model provided to mental health service users has undergone deep and significant reformulations, moving from a biomedical to a biopsychosocial viewpoint and focusing on actions that could embrace the service users' comprehensiveness and uniqueness. As innovative proposals in this movement, there emerged substitute services as health care tools to treat use/abuse of alcohol and other drugs, which adopt harm reduction and social (re)insertion strategies. This article aims to report the internship experience at the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs in Parnaíba, Piauí, Brazil. The study has a descriptive and qualitative nature, complying with the principles of participatory observation, as well as a non-systematic theoretical framework on the theme. The main results identified were difficulties regarding the structure, unconnected network, lack of multiprofessional interaction, intersectoral problems, lack of institution/family dialogue, and idleness. Users' idleness was the aspect that stood out in the service and it has triggered much anguish and critical reflections on the therapies provided. More than pointing out and criticizing mistakes, the internship has enabled an assessment of our professional attitude and the responsibility in mental health work. The frustrations and difficulties experienced have provided us with professional growth, avoiding to feed utopian expectations about the system and seeking to contribute to achieve a rather humanized Brazilian National Health System (SUS).

Key-words: Mental health services; Disorders related to substance use; Therapeutic actions.

1. Estudante de graduação em Psicologia no Centro Universitário Maurício de Nassau (Uninassau). Parnaíba (PI), Brasil.

2. Estudante de graduação em Psicologia no Uninassau. Parnaíba (PI), Brasil.

3. Estudante de graduação em Psicologia no Uninassau. Parnaíba (PI), Brasil.

4. Professor e Supervisor de Estágio no Uninassau. Parnaíba (PI), Brasil.

INTRODUÇÃO

Desde a reforma psiquiátrica, o modelo de tratamento oferecido a usuários de serviços de saúde mental sofreu profundas e importantes reformulações, passando da ótica biomédica para a biopsicossocial, enfocando ações que abarcam a integralidade e a singularidade dos usuários dos serviços¹⁻². Uma nova política de saúde mental ganhou força no cenário brasileiro, visando a garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais e à clínica psiquiátrica tradicional, ultrapassando a lógica de internação de longa duração que o trata isolando-o do convívio sociofamiliar.

Como proposta inovadora desse movimento surgiu o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um serviço de referência a pessoas com sofrimento psíquico, que pode ser de vários tipos, variando de acordo com a faixa etária e o tratamento oferecido. O CAPS AD é a principal ferramenta de atenção à saúde no tratamento de uso/abuso de álcool e outras drogas e adota estratégias de redução de danos e (re) inserção social.

Estatísticas demonstram que o consumo de álcool e outras drogas, exceto o tabaco, respondem por 12% de todos os transtornos mentais graves na população acima de 12 anos no Brasil, sendo o impacto do álcool 10 vezes maior se comparado ao conjunto das drogas ilícitas³. Dessa forma, o fenômeno álcool e drogas se configura, na sociedade atual, grave problema de saúde em razão de sua complexidade e relevância, dados os efeitos que provocam na qualidade de vida dos indivíduos, de seus familiares e na sociedade como um todo.

O objetivo deste artigo é relatar a experiência em estágio no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do município de Parnaíba (PI), mediante a descrição das percepções provenientes do serviço e do cotidiano de seus usuários e profissionais.

METODOLOGIA

O estudo é de caráter descritivo-qualitativo e relata a experiência em atividades observadas e desenvolvidas por alunas do curso de Psicologia do 6º período, durante o estágio básico II desenvolvido no CAPS ad III do município de Parnaíba (PI), em dois dias úteis, entre agosto e outubro de 2014, no período vespertino, com supervisão de um professor-psicólogo vinculado à Faculdade Maurício de Nassau.

Seguindo o modelo de observação participante, acompanhamos a rotina dos profissionais e dos usuários do serviço e todas as atividades realizadas, bem como desenvolvemos atividades de escuta, rodas de conversa e

Uma nova política de saúde mental ganhou força no cenário brasileiro.

algumas dinâmicas com os usuários. O embasamento teórico teve por lastro uma revisão não sistemática de cartilhas e políticas do Ministério da Saúde sobre saúde mental e de periódicos on-line. As vivências, a experiência e a leitura teórica permitiram a redação deste artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Teorizando as novas práticas de cuidado em saúde mental

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é a principal referência para o tratamento de transtornos mentais dos serviços de saúde pública e de política de saúde mental. A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários familiares e trabalhadores da saúde, iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais⁴. Na proposta da reforma psiquiátrica brasileira foi criada, progressivamente, uma rede de serviços (residência terapêuticas, CAPS, consultórios de rua etc.) substitutivos aos hospitais psiquiátricos, pois o usuário precisa de cuidado especializado e apoio social para ter garantida sua cidadania.

A doença significa mais que um conjunto de sintomas, pois tem representações de ordem simbólica, moral, social ou psicológica⁵, sendo a atenção em saúde mental tarefa de uma rede articulada de serviços, articulação que deve incluir os recursos da comunidade como um todo e de outros serviços públicos e particulares (ambulatorios, Sistema Nacional de Informação do Sistema Único de Assistência Social – Rede Suas, justiça etc.) para se constituírem como verdadeiros espaços de inclusão destinados aos usuários.

Para delimitar a atuação do CAPS a Portaria n. 3.088 do Ministério da Saúde (MS)⁶ organiza-o em modalidades distintas, definidas de acordo com o porte, a complexidade do CAPS e a abrangência populacional do município. O CAPS AD é a unidade de saúde especializada no atendimento de dependentes de álcool e drogas, seguindo as diretrizes do MS, cuja base é o tratamento em liberdade, para promover sua reinserção social, respeitadas as singularidades individuais dos que necessitam de tratamento. Entre as especificidades desse serviço estão a base comunitária e a articulação em rede, equipe multiprofissional, tratamento integral que

abranja suporte à família e fortalecimento da autonomia dos usuários, além dos princípios da redução de danos. A questão das drogas deve ser compreendida de forma ampla e não simplista e unicausal.

Ao longo do tempo, a redução de danos foi se efetivando como uma estratégia substitutiva à lógica da abstinência, permitindo a ampliação das ofertas em saúde. Enquanto a abstinência é uma proposta de remissão do sintoma e de cura do doente, a redução de danos tem por princípio a produção de saúde, vista como um conjunto de regras autônomas de autocuidado⁷. Essa nova concepção de cuidado ao usuário de drogas se caracteriza por um conjunto de políticas e práticas com o objetivo de reduzir os danos resultantes do uso e do abuso de substâncias psicoativas, respeitando o desejo e as características de cada indivíduo. Compreendendo o uso/abuso de drogas em sua historicidade e presença na sociedade desde os primórdios de nossa existência, as intervenções tornam-se facilitadoras e não coercitivas.

As pessoas tendem mais a dar vários pequenos passos do que poucos enormes. Os objetivos da redução de danos em um contexto específico podem ser mais bem apresentados como uma hierarquia de ações com maior probabilidade de ocorrência no início do tratamento (por exemplo, manter a saúde) e as mais difíceis, porém desejáveis, no fim. Nessa hierarquia, a abstinência pode ser difícil de ser atingida, mas é uma opção desejada de redução de danos⁸. Entretanto, o estigma associado ao usuário de drogas e à política de redução de danos, oriundos do combate às drogas e os valores morais e religiosos vigentes, constituem-se grandes empecilhos para a efetivação desse tipo de serviço como política pública no Brasil.

A proposta da redução de danos visa, prioritariamente, à ampliação do olhar para as várias questões relativas à construção e à identidade de cada indivíduo, perspectiva em que estão os conceitos de Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular (PTS), que no CAPS ad é proposto como um trabalho cujas premissas são a integralidade da atenção e a humanização da assistência, revisando a dimensão do cuidado. Nessa perspectiva, os profissionais são corresponsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde que promovem, tendo ampliada sua capacidade de acolher, de estabelecer vínculos e de dialogar com novas dimensões do processo saúde/doença que fogem aos padrões da clínica tradicional e têm por base o modelo biopsicossocial⁹.

Várias ações voltadas à humanização das ações em saúde foram propostas pelo governo, considerando que no trabalho interprofissional os serviços e cuidados oferecidos são singulares. A ampliação da clínica gira em torno do indivíduo, através de um olhar adaptado a cada caso. A principal ferramenta empregada é o Projeto Terapêutico Singular, em que os vários profissionais da instituição

Ao longo do tempo, a redução de danos foi se efetivando como uma estratégia substitutiva à lógica da abstinência.

elaboram e instituem com o usuário do serviço a forma mais adequada de seu tratamento, analisando os vários aspectos de sua vida¹⁰.

A prática multiprofissional permite o olhar integral no modo de promover e compreender a saúde. Entre as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) está o conceito de integralidade como um direito do cidadão. Nessa proposta as ações estariam baseadas em uma visão holística dos sujeitos, sendo suas principais ferramentas as visitas domiciliares, PTS, grupos, oficinas etc.¹.

Compreendemos a multiprofissionalidade como a relação entre diferentes profissões atuando de forma articulada e integrada, com o intuito de garantir maior efetividade da integralidade e do cuidado à saúde¹¹. Dessa interação resultam intervenções que não poderiam ser feitas por profissionais isolados em seu consultório. Entretanto, esse aspecto deve ser problematizado, pois se faz necessário entender o trabalho em equipe como um emaranhado de relações, poderes, afetos, saberes, desejos¹², somado à subjetividade dos profissionais e à demanda estigmatizada (álcool e drogas) do serviço, sendo necessário o diálogo, a empatia e a flexibilidade na prática diária dos serviços.

Para em seu cotidiano possibilitar múltiplas terapêuticas que se adaptem à individualidade e à problemática dos casos (PTS), devem ser implementados nos CAPS AD grupos e oficinas coletivas que se somem ao tratamento individualizado. O grupo terapêutico potencializa as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletiva. O grupo é entendido pelos usuários como um lugar onde se debate a necessidade de ajuda a todos. No desenvolvimento das atividades, os participantes questionaram as alternativas de apoio e suporte emocional¹³. O grupo permite a troca de experiências e conhecimentos entre profissionais e usuários, sendo por isso considerado uma das melhores formas de promover a compreensão dos processos inerentes à drogadicção. As oficinas são estratégias de reabilitação psicossocial aos usuários de serviços de saúde mental em espaços que fortalecem a convivência entre indivíduos singulares. Tais práticas se deram a partir da desinstitucionalização, pós-reforma psiquiátrica, e de seus ideais, como um olhar biopsicossocial do sujeito com destaque para o doente e não para a doença em si^{2,14}.

No tratamento da dependência química é essencial o apoio familiar e social. Não se pode desvincular o indivíduo do meio em que vive, portanto a família também precisa de cuidados e informações, já que afetada diretamente por esse problema e principal suporte ao membro doente. As visitas domiciliares e os grupos de familiares são importantes ferramentas para o entendimento do contexto sociofamiliar do indivíduo.

O CAPS ad tem como principal função promover assistência qualificada aos portadores de transtornos relacionados ao uso de substâncias, em um ambiente inclusivo e acolhedor e direcionada à sua reinserção social e ao cuidado aos familiares. No entanto, o preconceito que os usuários de álcool e, principalmente, de drogas ilícitas enfrentam, ao lutarem por sua inserção na sociedade, pode reforçar a permanência no mundo das drogas.

A reinserção social deve possibilitar o desenvolvimento de um conjunto de ações que envolvam os profissionais de saúde, atividades de atendimento aos usuários e de lastro social, inclusive para os familiares. É de extrema importância que a equipe do CAPS ad trabalhe com os pacientes a reinserção social, seja nos atendimentos, por meio de atividades em grupo, seja no apoio às famílias e nas ações direcionadas à comunidade¹.

Entendemos a reabilitação psicossocial como uma atitude que permite o exercício da cidadania e assegura o direito contratual da pessoa com transtorno mental, habilita não só o indivíduo para o meio, mas o meio para o indivíduo, instigando a sociedade a aceitar o diferente, proporcionando a valorização das potencialidades dos portadores de transtorno mental e trabalhando suas limitações. Tais ações precisam ser articuladas entre cliente, serviços de saúde, família, comunidade, sociedade civil e Estado¹⁴.

Em relação aos processos de trabalho, as atividades de suporte terapêutico são vistas como importantes no tratamento e na reinserção social e são consideradas ferramentas essenciais no processo de socialização, fortalecimento de vínculos e inserção social, reforçando o potencial de desencadear processos de geração de renda. É importante também o fortalecimento da autonomia desses indivíduos, trabalhando sua autoestima e suas dificuldades intra e interpessoais para que possam se estabelecer no meio social. Assim, os sujeitos tornam-se capazes de gerir sua própria vida e de conduzi-la de acordo com suas vontades e subjetividades, sendo protagonistas de sua história.

O processo de adoecimento causa vulnerabilidades, tanto pela doença em si quanto pela dependência de cuidados de terceiros. Em uma concepção complexa de autonomia propõe-se a superação das relações autoritárias e paternalistas no processo saúde/doença mediante o fortalecimento das relações entre pacientes e profissionais da saúde e entre

O CAPS ad tem como principal função promover assistência qualificada aos portadores de transtornos relacionados ao uso de substâncias.

pacientes e familiares, contribuindo para a formação de redes de autonomia/dependência, fundamentais para o estabelecimento do cuidado e da saúde, favorecendo a construção contínua da autonomia à medida que caminha o processo terapêutico¹⁵. O indivíduo deve ser visto como um ser capaz e com inúmeras potencialidades que podem ser trabalhadas e fortalecidas.

Vivências no Serviço de Saúde Mental CAPS AD III 24 horas de Parnaíba

O CAPS ad III do município de Parnaíba (PI) tem estrutura ampla e arejada, com salas para atendimento individual; biblioteca (com uma televisão) e um espaço coberto separado da construção principal, onde geralmente se realizam as oficinas artesanais; espaços de convivência; uma copa; banheiros com chuveiros; recepção; sala para a coordenação; e uma piscina desativada. Vale ressaltar que foi firmado um convênio com algumas cidades vizinhas, já que o município não preenchia o requisito populacional mínimo (200 mil habitantes) para a abertura de um serviço desse porte.

A equipe é composta por profissionais de várias áreas, como terapia ocupacional, psicologia, serviço social, enfermagem, medicina (psiquiatria e clínica-geral) educação física, além dos profissionais do setor administrativo, artesãos, serviços gerais e vigilância, que se revezam em turnos e dias para atender à demanda. A instituição fica aberta 24 horas e tem leitos para internação de, em geral, no máximo de 14 dias, mas que varia conforme o caso. Destacamos que o objetivo principal é a desintoxicação e não a prisão dos indivíduos (manicômios). A alimentação é oferecida a profissionais e usuários de acordo com sua necessidade e regime de tratamento.

Os indivíduos chegam ao serviço por demanda espontânea ou por encaminhamento da rede de saúde (Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), hospital geral, CAPS II) assistência social (Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS),

casa de passagem, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) ou órgãos judiciais do município. Em geral, os próprios indivíduos procuram o serviço, pois a rede é desarticulada e a comunicação intersetorial falha.

De início alguns pacientes demonstraram dificuldade de se expressar, além da resistência em participar dos grupos, razão pela qual procuramos respeitar suas decisões e seus espaços. Outros, porém, sempre se mostraram participativos durante as reuniões para ouvi-los e interagir com eles. Nos primeiros dias de estágio, tentamos não impor nossa presença ou interromper o fluxo natural do serviço. Obedecendo aos ideais dos serviços comunitários, primeiro observamos a dinâmica para depois elaborar a melhor forma de agir.

O vínculo com os usuários se desenvolveu e fortaleceu a cada encontro, e nossa presença foi bastante valorizada por eles, apesar de sermos apenas “estagiárias”. A confiança e o respeito transmitidos por eles foram de suma importância para nosso crescimento acadêmico e pessoal. Nós nos sentávamos em círculos em uma área externa, embaixo de umas mangueiras e logo eles se aproximavam, pois cada um tinha algo para nos contar. Foram longas tardes de muito diálogo e sorrisos que nos afetaram e proporcionaram reflexões acerca de nosso papel no serviço e também sobre suas fragilidades.

Trabalhamos nossa escuta em relação aos relatos dos usuários, fossem quais fossem, demos a devida atenção às suas histórias e bagagens emocionais, quer em relação à drogadicção, quer em relação à família. Ao compartilharem suas experiências conosco pudemos observar o quanto se sentiram aliviados em saber que estávamos ali não para julgá-los ou responsabilizá-los mas para acolhê-los em suas aflições.

Aos poucos percebemos que muitos queriam apenas falar e ser ouvidos, ou receber um aperto de mão, ou ainda que alguém lhes dissesse “Boa tarde”, ou lhes perguntasse “Como foi sua semana?”. Muitas vezes, nos questionamos sobre se estávamos fazendo algo relevante para a vida dessas pessoas e fomos surpreendidas com falas de satisfação sobre nossas rodas de conversa. Uma das que mais nos tocaram, ao chegarmos ao CAPS AD, foi quando um dos usuários perguntou: “Que hora vai começar o ‘nosso grupo’”? Essa devolutiva reforçou nossa vontade de estar ali, conversando e crescendo, mesmo que, a nossos olhos, fosse tão pouco diante de suas necessidades.

Os profissionais da instituição nos proporcionaram prioritariamente atendimentos individuais e ambulatoriais. Nas poucas ações coletivas que presenciamos era nítida a falta de motivação dos usuários, pois, segundo eles, não tinham interesse nas atividades propostas e/ou porque a condução do grupo tinha pouco significado e não lhes

A inserção da família era igualmente deficiente, pois há pouca interação entre ela e a instituição.

propiciava uma reflexão significativa.

Outro ponto importante quanto às características do CAPS AD é o trabalho na ótica da redução de danos, complexa por si só, pois envolve valores pessoais, morais e éticos. Vivenciar esse processo nos permitiu reflexões que nos levaram a reformular ideias que proporcionaram uma escuta e um acolhimento humanizados.

O tratamento integral aos indivíduos também sofre forte abalo, visto que os profissionais da instituição têm pouca interação e diálogo, o que favorece ações individuais e propostas terapêuticas pautadas em uma visão profissional desatualizada.

A inserção da família era igualmente deficiente, pois há pouca interação entre ela e a instituição. Mesmo sendo uma das principais ferramentas para a reinserção social e alicerce afetivo, ela não se integra efetivamente no tratamento, o que dificulta o progresso deste. A maioria dos usuários da instituição tem histórico de vulnerabilidade sociofamiliar, sendo comuns casos de situação de rua associados ao rompimento dos vínculos familiares.

A ociosidade dos usuários foi o aspecto que mais chamou nossa atenção no serviço e causou muitas angústias, inquietações, reflexões críticas, gerando momentos de discussões profundas no desenrolar dos acontecimentos e também nas supervisões. Questionamentos sobre o significado do serviço, o trabalho multiprofissional, o posicionamento profissional, a integralidade do tratamento ofertado e a ociosidade, entre outros, pautas constantes para compreender o dilema real/ideal que permeia os serviços públicos.

A prática psicológica aborda questões informativas, psicodinâmicas e psicossociais, não se caracterizando apenas como atendimento psicoterápico. Porém, reconhecemos que qualquer intervenção elaborada e feita em relação ao grupo pode ter efeitos terapêuticos para os participantes. As rodas de conversa se caracterizaram como uma intervenção, visto que proporcionam um momento de trocas e diálogos importantes e essenciais em saúde mental.

Algumas intervenções (por exemplo, a Tenda do Conto que é um espaço para contar histórias) nos proporcionaram um momento ímpar de aprendizado com os usuários. É importante destacar a necessidade de incluir cada vez mais os estudantes nesse serviço, pois são os que darão

continuidade ao trabalho implementado pelo serviço. Nesse aspecto, a instituição se mostra aberta à realização de trabalhos, estágios e pesquisa, ponto importante que merece ser mencionado.

Por último, enfatizamos a importância desse serviço para os usuários e seus familiares, principalmente por estarmos inseridos em uma sociedade que exclui os que fogem à norma. Bem mais que falhas e acertos, naquele lugar há, acima de tudo, esperanças, sonhos e possibilidades para pessoas que, por vezes, não veem sentido em continuar ou (re)começar sua vida.

Aprendizagens e contribuições para a formação

Nas rodas de conversa ou mesmo nas escutas individuais com os usuários do serviço, cheios de angústias, marginalizados e esquecidos como seres humanos, pudemos lhes dar apoio. Nesses momentos exercitamos empatia e consideração positiva incondicional quando buscamos entender sua vida e seus modos de viver, aceitando-os em sua essência, sem pré-julgamentos ou imposições morais, éticas ou mesmo jurídicas. Aprendemos a essência da psicologia ao ver o outro como alguém genuíno e cheio de possibilidades, por mais difíceis e distantes que essas sejam.

Considerando todos os aspectos apresentados, a dura realidade ensinou que um cuidado humanizado é, muitas vezes, difícil de ser fornecido por questões estruturais, financeiras e pessoais. No entanto essa busca deve ser diária e constante, pois aquele que nos procura geralmente está cheio de angústias, medos e sofrimentos que, na drogadicção, se somam ao preconceito social e à completa despersonalização do sujeito. Diante disso cabe a nós, profissionais, oferecer ao outro alguma oportunidade de se expressar, crescer, se desenvolver, quer por nosso compromisso ético com a profissão, quer por se tratar de uma relação humana.

A escuta é uma das formas mais importantes de entender e conhecer o outro e a base sobre a qual se estabelecem os vínculos e uma relação de confiança essenciais para o bom relacionamento terapêutico, com o qual aprendemos e crescemos como profissionais e, sobretudo, como pessoas.

Aprendemos a essência da psicologia ao ver o outro como alguém genuíno e cheio de possibilidades, por mais difíceis e distantes que essas sejam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Bem mais que apontar e criticar os falhas do serviço prestado o estágio nos proporcionou reflexões profundas sobre nosso futuro como profissionais, sobre a responsabilidade de trabalhar em saúde mental e sobre a necessidade de serviço, gestão e usuários estarem integrados.

Sabendo, no entanto, dos vários atravessamentos de todo e qualquer serviço público, desejamos que os vários aspectos aqui apontados sirvam também para os demais agentes na construção do sistema como fonte de sensibilização e de reflexão sobre as alternativas que permitam fortalecer o serviço, objetivando assim um melhor cuidado para os usuários e mais possibilidades laborais para os profissionais. Planos de ação intersetorial, estratégias de educação permanente em saúde, formação de profissionais para o SUS e fortalecimento da participação social são exemplos de estratégias que auxiliam na solução de problemas recorrentes nos serviços públicos.

As vivências possibilitadas por esse estágio nos instigaram a pesquisar mais as demandas psicológicas e físicas que se cruzam na instituição. As frustrações e dificuldades vivenciadas, ao nos mostrarem a realidade, serviram para o crescimento profissional no sentido de não alimentarmos expectativas utópicas sobre o sistema e foram motivadoras, fortalecendo sentimentos preexistentes de atuar para se chegar a um SUS mais humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Martins AKL, Soares FDS, Oliveira FB, Souza AMA. Do ambiente manicomial aos serviços substitutivos: a evolução nas práticas em saúde mental. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2011 [cited 2015 May 16];10(1):28-34. Available from: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/140>
2. Sá RAR, Barros MMM, Costa MSA. Saúde mental em Sobral-CE: atenção com humanização e inclusão social. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2007;6(2):26-33. Available from: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/150/142>
3. Brasil. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003 [cited 2015 May 16]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf
4. Brasil. Saúde mental [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [cited 2015 May 16]. (Cadernos de Atenção Básica, 34). Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

5. Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras; 2002.

6. Brasil. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde [document on the internet]. 2011 [cited 2015 May 16]. Available from: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/54565597/dou-secao-1-21-05-2013-pg-37>

7. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol Soc* [serial on the internet]. 2011 [cited 2015 May 16];23:1. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>

8. Associação Internacional de Redução de Danos. O que é redução de danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) [document on the internet]. London: IHRA; 2010 [cited 2015 May 16]. Available from: http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf

9. Brasil. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [cited 2015 May 16]. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

10. Pinto MP, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto Enferm* [serial on the internet]. 2011 [cited 2015 May 16];20(3):493-502. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/10.pdf>

11. Salvador AS, Medeiros CS, Cavalcanti PB, Carvalho RN. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. *Revista Brasileira de Ciências de Saúde* [serial on the internet]. 2011 [cited 2014 Oct 12];2(15):329-338. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10834/6820>

12. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latinoam Enferm* [serial on the internet]. 2005 [cited 2014 Oct 12];13(2):262-268. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a20.pdf>

13. Benevides DS, Pinto AGA, Cavalcante CM, Jorge MSB. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface Comun Saúde Educ* [serial on the internet]. 2010 [cited 2014 Oct 15];14(32):127-138. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/11.pdf>

14. Sá SAR, Oliveira EN. Reabilitação psicossocial: um enfoque dessa prática na rede de atenção integral a saúde mental de Sobral-CE. *Sanare (Sobral, Online)* [serial on the internet]. 2007 [cited 2014 Oct 15];6(2):49-55. Available from: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/153/145>

15. Soares JCRS, Camargo Junior KRA. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface Comun Saúde Educ* [serial on the internet]. 2007 [cited 2014 Oct 12];11(21):65-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a07.pdf>

Recebido em 14/04/2015 Aprovado em 30/05/2015

