

Designing a health care work flow for alcohol and drug addiction

Organização do fluxo de atendimento aos usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas

ABSTRACT | Introduction: *This research is a case study resulting from the practical application of guidelines and lessons taught in the specialization course in Health Management offered by the Federal University of Espírito Santo in partnership with the Open University of Brazil and the Education and Distance Learning Center. Objective: This paper reports the experience of a comprehensive care offered to alcohol dependency and other drug addictions. Methods: A sequenced guidance program to assist this population was designed and performed by a well-qualified group of multidisciplinary professionals. Results: This proposal was based on the need to contribute to the fight the challenges posed by the fast-growing phenomenon of chemical dependency and the complexity involved in health-promoting interventions focused on the empowerment of the individuals. Conclusion: The main contribution of this study lies in the construction of a work flow which may enable the reorganization, study and evaluation of the services and care provided to this the target population, and as such may contribute to further research on health care planning for alcohol and drug addiction.*

Keywords | *Substance-Related Disorders; Alcoholism; Primary Health Care; Family Health Strategy; Work.*

RESUMO | Introdução: O presente trabalho trata-se de um relato de experiência resultado da aplicação prática das orientações e aprendizados ministrados no curso de especialização em Gestão em Saúde oferecido pela Universidade Federal do Espírito Santo em parceria com a Universidade aberta do Brasil e Núcleo de Educação e Ensino à Distância. **Objetivo:** Trata-se de uma proposta de cuidado integral à pessoa/ usuário abusivo ou dependente de álcool e outras drogas. **Métodos:** O estudo foi desenvolvido a partir da construção de um fluxo norteador das ações de um grupo de profissionais multidisciplinar qualificados para acolher e cuidar desta parcela da população. **Resultados:** Tal proposta foi baseada na necessidade de contribuir no enfrentamento dos desafios encontrados diante da complexidade envolvida nas intervenções de promoção à saúde com foco no empoderamento dos sujeitos e em estudos que apontam a questão da dependência química como um fenômeno preocupante na atualidade. **Conclusão:** A implantação do fluxo teve como principal resultado a construção de um trabalho que possibilitou a reorganização, estudo e avaliação do atendimento e cuidado a esta parcela da população em território adscrito, gerando conhecimento para abordagens mais qualificadas e integradas, de forma mais reflexiva e pactuada.

Palavras-chave | Abuso de drogas; Abuso de álcool; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Trabalho.

¹Secretaria de Municipal de Vila Velha/ES, Brasil

²Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Dados históricos relatam que, a partir do século XX, o binômio saúde/doença tinha como referencial o modelo biomédico de intervenção. Nesse contexto histórico, a doença, como foco de interesse e dotada de objetividade, passou a ser entendida como tendo causa orgânica, reduzindo o processo de adoecer ao biológico e associando a saúde ao conhecimento disponível sobre a doença¹.

O aspecto puramente racional de se enxergar essa relação fica evidente também nos tratamentos de dependência química, uma vez que o modelo biomédico também se consolidou como

[...] diretamente ligado à assistência psiquiátrica. Os indivíduos que apresentassem problemas com álcool e outras drogas eram encaminhados para instituições psiquiátricas com a finalidade primordial de retirá-los do convívio social e promover o abandono do uso, utilizando, para tanto, as mesmas técnicas empregadas com outros internos¹.

Entretanto, ao longo do século, apesar da predominância do modelo biomédico nas áreas da saúde, muito se discutiu e evoluiu para se gerar uma nova reflexão da saúde em si e muito esforço aconteceu para tentar alcançar os aspectos subjetivos que permeiam o processo saúde/doença. Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao adotar um novo conceito de saúde, realizou um passo importante para a compreensão dos fenômenos que permeiam a questão.

Em consonância com essas profundas reflexões e transformações no campo da saúde, a questão da dependência química não ficou de fora dos debates e questionamentos propostos no novo modelo psicossocial de cuidado à saúde. Isso porque a dependência química nos dias atuais corresponde a um fenômeno largamente divulgado e discutido, uma vez que o uso abusivo de substâncias psicoativas se tornou um problema social e de saúde pública¹. Ainda segundo os autores, trabalhar a questão da dependência química na atualidade exige um conjunto de ações específicas, que promovam a saúde e previnam a ocorrência de danos ligados ao uso de drogas, considerando sempre o indivíduo em sua totalidade.

Nessa perspectiva, o governo brasileiro divulgou, em 2004, “A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas”², baseada nos princípios da atenção integral, da comunidade, da territorialização, da

intersectorialidade e da lógica de redução de danos, dando legitimidade e significância às ações no âmbito municipal acerca das questões relacionadas à dependência química.

Quanto às políticas de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, devemos ressaltar a importância do processo de estruturação, refinamento e reorganização do sistema e serviços de saúde no Brasil promovido na década de 1990. Foi a partir desse processo de reorganização do SUS que nasce a proposta de criação do PSF (Programa Saúde da Família), posteriormente modificado para ESF (Estratégia Saúde da Família). “Estratégia rumo à idealização e valorização da prestação de serviços públicos de saúde articulada à própria comunidade, não apenas enfocando ações curativas e centradas na doença, mas, em especial, pautado em ações que incidissem sobre determinantes de saúde e promoção da saúde”³. A ESF, como uma estratégia que possibilita a integração e organização dos serviços de saúde, tem na Unidade de Saúde da Família a base estrutural do seu programa. As Unidades de Saúde são o lugar apropriado para implementar trabalhos e programas de saúde especialmente os de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, uma vez que suas características permitem realizar ações de educação em saúde e prevenção de agravos e por ser considerada porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado.

Segundo o relatório final da Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica (Brasil, 2001), a incorporação de ações de saúde mental à rede diversificada de serviços da ESF contribui para alavancar um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, oferecendo melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS⁴.

Essa reabilitação psicossocial perpassa toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e está presente na Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde, Consultórios de Rua, NASF, Centros de Convivência), na Atenção Psicossocial Estratégica (CAPS nas suas diferentes modalidades), na Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, UPA), na Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção Residencial), na Atenção Hospitalar (Enfermaria Especializada, Serviço de Referência para transtorno mental e uso de álcool e outras drogas), na Estratégia de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa Volta para Casa) e nas Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários, Cooperativas Sociais)⁵.

Neste contexto, em 1990, a declaração de Caracas indicou a inserção da atenção primária de saúde à atenção em saúde mental, pontuando a relevância da atuação da atenção primária para a reorganização de um cuidado integral à pessoa com transtorno mental na lógica da atenção psicossocial. Assim, este documento ressalta a necessidade de “constituição de redes de apoio social e serviços comunitários que possam dar suporte aos indivíduos em seus contextos de vida”^{6(p1679)}, para que assim se efetive a perspectiva da desinstitucionalização e reabilitação psicossocial trazida pela reforma psiquiátrica.

Cerca de 9% da população brasileira apresenta transtornos mentais leves; e, de 6% a 8%, apresenta transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, pelos quais a Atenção Primária pode e deve responsabilizar-se⁷. Partindo dessa concepção, a saber, a Atenção Básica de Saúde tem um papel fundamental para a reinserção social da população usuária e para a desconstrução do estigma que os acompanha, prestando cuidados efetivos a estas pessoas, o presente relato de experiência discorre sobre a implementação de um fluxo de atendimento aos usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas, bem como a sistematização do acolhimento e o cuidado a esses usuários.

Tal proposta foi baseada na necessidade de contribuir no enfrentamento dos desafios encontrados diante da complexidade envolvida nas intervenções de promoção à saúde com foco no empoderamento dos sujeitos e em estudos que apontam a questão da dependência química como um fenômeno preocupante na atualidade. Também se pensou numa intervenção que possibilitasse mais que apenas a sistematização da atenção, mas sim a construção de práticas cotidianas voltadas para a mobilização da autonomia, da capacidade de reflexão e promoção da saúde dos sujeitos.

RELATO DA EXPERIÊNCIA |

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde⁸, o município dispõe de programas públicos de cuidados e prevenção à saúde, além de unidades básicas de saúde, centros de vigilância e pronto atendimento. As unidades básicas de saúde compõem a estrutura do sistema de saúde pública, entre elas está a USF (Unidade de Saúde da Família). Não há disponível o histórico desta unidade, o que se sabe, a partir de relatos populares, é que originalmente

a população era atendida por outra unidade de saúde e que posteriormente, por motivos políticos e eleitoreiros, abriu-se um ponto de apoio no bairro, contudo sua estrutura de atendimento foi e ainda é precarizada e insuficiente para o atendimento integral da população adscrita.

No entanto, ainda não está sistematizada a demanda do serviço de saúde mental nesse território. Assim, as equipes da USF e do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) estudaram a possibilidade de implementar um fluxo de atendimento para a demanda de saúde mental.

Tal implementação ocorreu no segundo semestre de 2015, de junho a outubro (4 meses), e foi desenvolvida da seguinte forma: Primeiramente, foram realizados alguns estudos, reuniões e estratégias para identificar e delimitar a situação-problema, qual seja, a alta prevalência de sofrimento mental que chega à Atenção Primária e que não está sendo adequadamente atendido na Unidade de Saúde da Família. Tais ações foram desenvolvidas com a equipe de saúde que compõe a unidade de saúde da família, a saber: Enfermeira coordenadora; Técnica de enfermagem; Auxiliar administrativo; Agentes comunitários de saúde e equipe Nasf (núcleo de apoio à saúde da família). Posteriormente, foi desenvolvido um trabalho intersetorial, em rede, chamando também para o debate e enriquecimento das ações o CAPS AD, que, com o Nasf, compõe a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) da saúde mental.

A seguir, vamos detalhar as ações e estratégias de intervenção com o objetivo geral de organizar o fluxo de atendimento aos usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas da USF.

A partir desse momento, o projeto chega à população usuária, foi iniciado primeiramente com o apoio dos agentes comunitários de saúde (ACS) que fizeram uma busca ativa na área do bairro para identificar, por meio de registros e acompanhamentos domiciliares, os pacientes com alguma questão de uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas. Foram identificados também aqueles com comorbidades diversas para avaliar a proporção delas e a disposição para o tratamento e acolhimento na USF.

Posteriormente, foi realizada pela equipe de saúde em reuniões a avaliação dos prontuários individuais, em que houve a caracterização dos usuários de acordo com os fatores de riscos, comorbidades e incidência de patologias decorrentes do uso abusivo de diversas substâncias ilícitas,

Tabela 1 - Ação 1: Grupo de trabalho para elaboração do fluxo de atendimento dos usuários na Unidade

AÇÕES	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	ATORES	PERÍODO
Criação de Grupo de trabalho (multidisciplinar), com representantes da USF e profissional de referência do apoio matricial do CAPS AD III	Identificar possíveis parceiros interessados no projeto proposto;	Assistente Social		
	Agendar reunião junto à Direção da USF e psicóloga para definir composição do GT;	Assistente Social	Profissionais da USF e do CAPS AD III	05/06/15 a 30/06/15
	Definir, junto à Direção da USF, a equipe multiprofissional que deverá compor o GT;			
Negociação da referência técnica do território no CAPS AD para participação do grupo;	Assistente Social e Psicóloga			
	Definir calendário de reuniões;			
	Definir coordenação do grupo			

Tabela 2 - Ação 2: Fluxo de atendimento aos pacientes, usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas

AÇÕES	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	ATORES	PERÍODO
Discussão de políticas atuais de saúde mental/ álcool e outras drogas	Levantar as percepções, conhecimentos, impressões e sentimentos sobre o atendimento a usuários de álcool e outras drogas na Unidade de Saúde	Coordenador do GT	Equipe de saúde da USF	01/07/15 a 15/07/15
	Apresentar, discussão e definição de possibilidades de implantação da rotina de detecção de uso de drogas- Orientação e intervenção breve em problemas relacionados entre os usuários da USF			
	Realizar ação de alinhamento conceitual sobre o tema			
AÇÕES	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	ATORES	PERÍODO
Definição do fluxo de atendimento aos pacientes usuários abusivos de álcool e outras drogas	Mapear os "fluxos" informais existentes na USF;	Coordenador do GT	Equipe de saúde da USF	15/07/15 a 30/07/15
	Mapear os equipamentos sociais do território e as ações realizadas por estes;			
	Elaborar proposta do fluxo de atendimento aos pacientes usuários abusivos e dependentes de álcool e outras drogas;			
	Organizar as propostas do Grupo em livro de ata			

Tabela 3 - Ação 3: Pactuação do fluxo

AÇÕES	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	ATORES	PERÍODO
Pactuação do fluxo de atendimento	Apresentar o fluxo de atendimento para aos técnicos da USF;	Membros do GT	Equipe de saúde	01/08/15 a 10/08/15
	Apresentar do fluxo de atendimento para o CAPS AD III;			
	Adequação dos fluxos após apresentações e discussões;			
	Pactuar do fluxo entre USF e CAPS AD III;			
	Apresentar do fluxo pactuado entre USF e CAPS AD III na Secretaria de Saúde			

além das complicações provocadas por essas mesmas substâncias.

Posterior a essa primeira triagem e avaliação, houve um encontro coletivo executado entre os membros da equipe e os pacientes, direcionado para abordar o tema e realizar uma roda de conversa, com intuito de entender as pertinências

do uso abusivo do álcool e outras drogas. Para alguns pacientes que foram identificados pelos ACS no território com o perfil para o acolhimento e mostraram interesse no cuidado, mas que apresentavam difícil locomoção e até mesmo se encontravam na condição de acamados, houve a necessidade de se oferecer acompanhamento por meio das visitas domiciliares.

A partir desse primeiro encontro e o entendimento da quantidade de pacientes dispostos a aderir ao tratamento é que se pode direcionar mais pontualmente as ações, mediante a implementação do fluxo de atendimento à saúde mental na unidade de saúde da família. Tal efetivação do fluxo iniciou-se pela abordagem clínica individual, seguindo, quando necessário, para encaminhamentos à equipe multidisciplinar (Assistente Social, Psicólogo, Educador Físico, Nutricionista, Farmacêutica). Foi só a partir desse acolhimento multidisciplinar que foi possível iniciar um diálogo intersetorial para além de estudos e reuniões, realizando, dessa forma, encaminhamentos responsáveis e qualificados à equipe especializada em saúde mental no tratamento do uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, o CAPS AD. Vale ressaltar que todos os pacientes que necessitaram do acompanhamento especializado na rede de atenção psicossocial não perderam o vínculo e o acompanhamento na USF de origem, mantendo a equipe da saúde da atenção primária, um cuidado integral, territorial e contínuo a estes pacientes.

Dessa forma, o fluxograma na USF ficou organizado e pactuado da seguinte forma:

- 1) Busca ativa no território (Acs's)
- 2) Reunião e pactuações de equipe de saúde e GT
- 3) Avaliação Clínica (Identificação do uso abusivo)
- 4) Se diagnosticado, encaminhamento à equipe multidisciplinar
- 5) Se não for percebida a necessidade de encaminhamentos especializados (reuniões em equipe), o paciente é acompanhado na própria USF, se sim é encaminhado para especialidades.
- 6) Encaminhamentos qualificados ao Caps AD
- 7) Por fim, reuniões de discussão de caso e avaliação das intervenções realizadas, em rede.

DISCUSSÃO |

A organização do trabalho por meio do fluxo de atendimento aos usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras

drogas da USF teve como objetivo específico, além de compor grupo de trabalho para elaboração do fluxo de atendimento dos usuários na unidade de saúde, criar e pactuar esse fluxo de atendimento, bem como acompanhar e avaliar suas ações.

Também teve como pretensão de resultados a adesão de 100% da equipe de USF nas ações da implementação do fluxo de atenção a usuários de álcool e outras drogas até do final de 2015. Essa participação aconteceu de maneira efetiva, potencializando a intervenção idealizada e fomentando novas pactuações em rede e intersetoriais. Contudo, apesar da disponibilidade e parceria dos agentes comunitários de saúde, a categoria aderiu ao movimento grevista municipal, dificultando um pouco o escopo das ações do projeto, mas não se eximindo, dentro das suas condições de luta e reivindicações por melhores condições de trabalho, de pactuar e apoiar o serviço proposto. Os demais profissionais de saúde, por estarem em uma condição terceirizada de contratação, não aderiram à greve, porém também questionaram, de maneira contundente, as precarizadas e desumanas condições de trabalho.

Outro resultado almejado foi o de estabelecer contato das equipes de saúde da família com 50% da população cadastrada na Unidade com a condição referida de usuário de álcool ou outras drogas visando à avaliação e oferta de cuidado integral, como já mencionado anteriormente, baseada nos princípios da atenção integral, da comunidade, da territorialização, da intersetorialidade e da lógica de redução de danos. Este propósito, não se efetivou como esperado devido às condições operacionais da unidade de saúde, visto que alguns gargalos, tais como, falta de transporte para visitas e a greve dos acs's, dificultaram a efetivação desse contato e, conseqüentemente, o estabelecimento da construção do vínculo sociofamiliar da população referida.

Visando também à adesão de 60% dos usuários cadastrados nas ações de atenção primária a pacientes de uso abusivo de álcool e outras drogas na USF e a redução das comorbidades associadas a esse hábito, obteve-se um resultado satisfatório, contudo ainda distante do apropriado e esperado. Isso porque, quando a parceria com a família do usuário por algum motivo fica prejudicada, conseqüentemente a própria adesão do paciente ao plano de cuidado proposto se torna comprometida, visto que a família é a maior incentivadora dessa adesão.

Também se esperou criar uma unidade de referência, multidisciplinar, capacitada, de abordagem cognitivo-comportamental aos usuários já citados, bem como grupos com apoio psicossocial, além de disponibilização de tratamento médico e farmacológico para os que tiverem indicação, visto que, como já citado, as Unidades de Saúde se caracterizam como lócus privilegiado para implementar trabalhos e programas de saúde especialmente os de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, uma vez que suas características permitem realizar ações de prevenção de agravos e por ser considerada porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado. Essa ação teve como principal obstáculo a falta de capacitação dos profissionais envolvidos, exigindo, dessa forma, um amplo enfrentamento à gestão municipal de saúde do município quanto à liberação dos profissionais para cursos e capacitações.

A avaliação de todo esse processo se deu de forma continuada e concomitante com a implantação do fluxo de atendimento. Foram observados e debatidos, em reuniões, as dificuldades, desafios, progressos e enfrentamentos que foram notados durante todo o processo de implantação, onde se considerou a inserção da atenção primária de saúde à atenção em saúde mental, pontuando a relevância dessa inserção na reorganização do cuidado integral à pessoa com transtorno mental na lógica da atenção psicossocial. Efetivando-se, dessa forma, a perspectiva da desinstitucionalização. Nos meses posteriores à implementação; a renovação e a avaliação do fluxo continuaram tanto pela análise dos prontuários clínicos e das novas identificações dos pacientes que fazem parte do perfil de acolhimento do projeto quanto pelo estudo dos reflexos nos indicadores de saúde do município e no relato da melhoria da qualidade de vida da população referida.

A sistematização do fluxo também se deu de forma continuada, contudo, por condições já mencionadas, não menos dificultadas. Mas apesar dos grandes gargalos que perpassam o cotidiano gestor, administrativo, operacional, de recursos humanos, de informação, contratual e de verbas do sistema de saúde brasileiro; falando particularmente da atenção primária ainda obtivemos um resultado que nos instiga e impulsiona ao pensar estratégias e ações aos desafios apresentados. Tal impulso pode e deve ganhar força e contornos quando associamos a construção de práticas cotidianas voltadas para a mobilização da autonomia, da

capacidade de reflexão e promoção da saúde dos sujeitos em questão.

A implantação do presente fluxo de atendimento e sistematização da prática de atendimento aos usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas, para além das limitações apresentadas, possibilitou a reorganização, estudo e avaliação do atendimento e cuidado a esta parcela da população, gerando conhecimento para abordagens mais qualificadas e integradas, de forma mais reflexiva e pactuada.

Contudo, vários são os desafios para que a administração pública e os profissionais desta administração possam aprimorar suas práticas, considerando que são inúmeras as variáveis que confrontam os diversos tipos organizacionais da saúde pública. A própria dicotomia entre teoria e prática já nos remete a uma extensa seleção de categorias para melhor compreender as organizações públicas de saúde, visto que elas são consideradas um complexo sistema. Entretanto, toda vez que ampliamos conceitos e analisamos as práticas de intervenção pública, em uma perspectiva macro e multifatorial, estamos também e concomitantemente dialogando com diversos outros setores e políticas, direta ou indiretamente, e isso acarreta um ganho substancial para a população, pois, dessa forma, alcançamos metas e superamos desafios na complexidade de execução de um sistema que pretende promover proteção e qualidade de vida à população.

REFERÊNCIAS |

1. Pratta EMM, Santos MA. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psic: Teor e Pesq.* 2009; 25(2):203-11.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Moretti-Pires RO. A pertinência da problemática do álcool para a estratégia de saúde da família. *Cad Bras Saúde Mental [Internet]*. 2009 [acesso em 2 out 2016]; 1(2):93-111. Disponível em: URL: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1136>>.

4. Queiroz IS. Adoção de ações de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas: concepções e valores de equipes do Programa de Saúde da Família. *Pesqui Prát Psicossociais*. 2007; 2(1):154-7.
5. Rodrigues ES, Moreira MIB. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. *Saúde Soc*. 2012; 21(3):599-611.
6. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Moraes C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental* [Internet]. 2005 [acesso em 20 jun 2016]; 3(5):33-42. Disponível em: URL: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003>.
7. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na Atenção Básica à saúde de Campinas, SP: Uma rede ou um emaranhado? *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14(1):129-38.
8. Prefeitura Municipal de Colatina [Internet]. Programas públicos de cuidado e prevenção à saúde [acesso em 20 jun 2016]. Disponível em: URL: <<http://www.colatina.es.gov.br/saude/index.php>>.

Correspondência para/ Reprint request to:

Alessandra Martins Pacheco

Rua Ignácio Pereira da Silva, 263, ap. 201,

Olaria, Vila Velha/ES, Brasil

CEP: 29100-527

Tel: (27) 99999-3389

E-mail: alessandramartins@livemail.com.br

Data de submissão: 08/01/2017

Data de aceite: 20/02/2017