
**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

JOAQUINA PERES

INTERDISCIPLINARIDADE EM CAPS AD III

BRASÍLIA - DF
2015

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

JOAQUINA PERES

INTERDISCIPLINARIDADE EM CAPS AD III

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Erwin Adnen Smeja Hunter

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

JOAQUINA PERES

INTERDISCIPLINARIDADE EM CAPS AD III

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. IlenoIzídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

Prof.

BRASÍLIA – DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

*Para minha mãe Mariquinha, para meus
filhos Josy Lorena, Luiz Gustavo e Luiz
Gutemberg e para meu amor e grande
companheiro Erwin, minha eterna
gratidão.*

AGRADECIMENTOS

A Deus pela dádiva da vida, esse privilégio nos ofertado para a experimentação dos momentos a serem registrados na memória.

Aos meus pais que acreditaram nos meus projetos e guiaram meus primeiros passos rumo ao que sou.

A minha família amada que jamais me abandonou e creditou-me respeito e confiança.

Ao meu orientador que me apoiou e pacientemente orientou as pesquisas bibliográficas e fez suas críticas e avaliações dos textos.

A todos os professores, pela riqueza de conhecimentos e experiências que acrescentaram ao meu crescimento profissional.

Aos colegas queridos, aos amigos que enriqueceram a grande aquisição de conhecimento que foi esse curso para mim.

Aos pacientes, meus melhores livros.

A todos aqueles de alguma forma ajudaram a semear, cultivar e colher os frutos desses meses de curso.

“Procurei confrontar minha experiência clínica com a realidade, não sem sentir uma certa perplexidade filosófica sobre qual seria a realidade mais válida”.

Carl R. Rogers.

RESUMO

As Políticas Públicas sobre álcool e outras drogas estão em plena implantação no Distrito Federal e este processo se mostra como um grande desafio para os trabalhadores da área. Entre os problemas identificados, apontamos o sofrimento psicológico dos técnicos que compõem as equipes multiprofissionais. A atuação destas equipes multidisciplinares nos CAPS Ad III, ante esta situação, pode comprometer os resultados esperados para este processo em virtude das visões diferentes a respeito da dependência química e abuso de álcool e outras drogas com divergências entre os profissionais na abordagem dos pacientes e seus familiares. Divergências estas que atuam como fatores desencadeantes de estresse. Neste trabalho abordamos a prática da interdisciplinaridade em CAPS Ad III como uma estratégia de melhor integração dos profissionais das equipes, com redução dos riscos de fragilidade do funcionamento do serviço. Este trabalho pretende contribuir para o debate da necessidade da valorização da interdisciplinaridade nas práticas profissionais nos CAPS Ad III, em virtude de que o trabalho coletivo, compartilhado e coordenado através de equipes interdisciplinares é substancial em serviços de Saúde.

Palavras-chave: CAPS Ad III; Interdisciplinaridade; Equipe.

ABSTRACT

Public policies on alcohol and other drugs are in full deployment in the Federal District and this process appears as a big challenge for workers in the area. Among the problems identified, point the psychological suffering of the techniques that make up the multidisciplinary teams. The performance of these multidisciplinary teams in CAPS Ad III, before this situation may compromise the results expected for this process because of different views about addiction and abuse of alcohol and other drugs with differences among professionals to approach the patients and their family, these differences that act as triggers of stress. In this paper we address the practice of interdisciplinarity in CAPS Ad III as a strategy for better integration of professional teams, with reduction of frailty risk of running the service. This work aims to contribute to the discussion of the need for recovery of interdisciplinarity in professional practices in CAPS Ad III, due to the collective, shared and coordinated by interdisciplinary teams is substantial at healthcare centers.

Keywords: CAPS Ad III; interdisciplinarity; Team.

LISTA DE FIGURAS:

Figura 1 - Gravidade e Duração dos Sinais e Sintomas da SAA	18
Figura 2 - Prevalência de uso na vida de substâncias psicoativas no Distrito Federal	22
Figura 3 - Associação entre consumo de bebida alcoólica com acidentes e violência.....	23

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. METODOLOGIA E MÉTODO DE PESQUISA.....	13
3. A COMPLEXIDADE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	16
3.1. TRANSTORNOS INDUZIDOS POR SUBSTÂNCIAS.....	16
3.1.1. Intoxicação.....	17
3.1.2. Abstinência.....	18
3.2. O SISTEMA DE RECOMPENSA CEREBRAL.....	19
3.3. ETIOLOGIA - MODELOS TEÓRICOS.....	19
4. A INTERDISCIPLINARIDADE EM CAPS AD III.....	21
5. RESULTADOS	29
6. DISCUSSÃO.....	34
7. CONCLUSÕES	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

1. INTRODUÇÃO

As Políticas Públicas sobre álcool e outras drogas estão em plena implantação no Distrito Federal com várias unidades participando deste processo. Alguns problemas que emergem durante as diferentes fases deste processo se apresentam como um desafio para os trabalhadores da área.

Entre os problemas observados mencionamos o não diagnóstico da necessidade de treinamentos específicos direcionados a suprir deficiência em informação dos profissionais sobre os objetivos e o funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras drogas 24hs (CAPS Ad III) e da necessidade de integração destes profissionais através de trabalho em equipes multiprofissionais para que atuem de forma interdisciplinar. A ausência deste diagnóstico de gestão leva a dificuldades estruturais, de funcionamento e de resultados.

A experiência profissional na área da psiquiatria em CAPS AD III foi um dos fatores que desencadearam os questionamentos do presente trabalho. A percepção do sofrimento dos profissionais integrantes de uma equipe multiprofissional que por não receberem treinamentos específicos para desenvolver habilidades na abordagem de pacientes da saúde mental percebem-se limitados em suas ações. Alguns deles chegaram ao CAPS AD III com experiência predominantemente hospitalocêntrica e outros sem experiência específica, situação esta que pode influenciar negativamente os resultados a que se propõe o CAPS AD III que segue a Política Nacional de Enfrentamento ao álcool e outras drogas.

Várias publicações sobre serviços públicos de saúde relatam bons resultados no atendimento a pacientes e bom nível de adequação dos profissionais quando atuam de forma integrada e coordenada em equipes técnicas que adotaram a estratégia da interdisciplinaridade. Esta forma de trabalhar influencia positivamente os resultados esperados no tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas em função das diferentes contribuições individuais que se integram para o tratamento da dependência química e nas práticas de abordagem destes pacientes e seus familiares.

A dependência química é um problema complexo de natureza biopsicossocial que impacta fortemente sobre o equilíbrio da sociedade e que não se resolve com respostas simples. Esta complexidade se deve à interação de três dimensões: a biológica, a psicológica e a social, cada uma com sua própria complexidade.

Segundo Morin (2006) , complexidade é um tecido (complexus: significa o que é tecido junto) de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados e, em um segundo momento é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos que constituem nosso mundo fenomênico.

Quando se fala de dependência química como um objeto de estudo complexo fazemos referência ao conjunto de elementos que, interagindo de forma dinâmica, a definem na forma expressa por Morin (2006). Pensar em dependência química é pensar de forma complexa. Abordar a dependência química exige estratégias diversas e metodologias específicas de cada uma das áreas do conhecimento humano envolvidas.

A inter-relação e a interação destas diversas áreas para atingir um objetivo comum constitui uma interdisciplinaridade, ou seja, uma forma coletiva de produzir e compartilhar conhecimentos que diversas disciplinas realizam para um mesmo objetivo.

No caso que nos ocupa seriam as áreas do conhecimento humano da biologia, da psicologia e da sociologia que, interagindo entre si, constituem base de evidências científicas e oferecem uma metodologia de trabalho adequada para abordar a dependência química.

A proposta é a de que ante uma realidade complexa, e dentro dela uma questão complexa como a dependência de substâncias a abordagem adequada é a da interdisciplinaridade que se apresenta como um instrumento complexo adequado para compreender a complexidade da dependência, produzir um corpo de conhecimentos, diagnosticar, tratar e reabilitar o indivíduo em situação de dependência com transtornos biopsicossociais decorrentes dela a ser praticada pelos profissionais que acolhem estes indivíduos em sofrimento.

Este trabalho pretende contribuir para o debate da necessidade da interdisciplinaridade nas práticas profissionais nos CAPS Ad III destacando essa prática como estratégia eficaz para alcançar os melhores resultados no atendimento aos usuários do serviço.

2. METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA

O trabalho proposto aborda a interdisciplinaridade como a melhor estratégia de atuação da equipe do CAPS Ad III no desafio do enfrentamento ao consumo abusivo de álcool, crack e outras drogas. Foi realizada revisão bibliográfica de publicações que fazem referência à complexidade na saúde, dependência química, transtornos por uso de substâncias, abordagens atuais desta situação, interdisciplinaridade no âmbito da saúde pública e de trabalhos que descrevam experiências bem sucedidas da prática da interdisciplinaridade principalmente em equipes de CAPS Ad III em consulta online em bibliotecas virtuais de saúde: BVS, Bireme, SciELO, Lilacs.

Contribui também para esta pesquisa a literatura do Ministério da Saúde sobre o tema, bem como matérias publicadas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e vários outros autores.

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, realizado através de revisão bibliográfica, que busca esclarecer e enfatizar a importância da construção gradativa da interdisciplinaridade pela equipe multiprofissional, para melhor assistir cidadãos com problemas relacionados com o uso de álcool e outras drogas.

3. A COMPLEXIDADE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O consumo de substâncias psicoativas é uma prática milenar e universal de todos os povos, em todas as épocas e com diversos objetivos. A dependência química decorrente do uso crônico e abusivo é um fenômeno mundial, que se insere na história da humanidade há mais de quatro mil anos e que tem sido tema de intenso debate pelo seu impacto sobre os indivíduos e a sociedade em geral

A dependência química decorre da interação de três fatores: o indivíduo, a substância psicoativa (droga) e o meio ambiente onde os dois primeiros fatores se encontram.

A dependência a uma substância indica uma relação alterada entre um indivíduo e a forma dele consumir a substância. Tal relação pode ter efeitos nocivos no indivíduo e produzir transtornos fisiológicos, mentais e sociais.

A Organização Mundial de Saúde – OMS reconhece a dependência química como um transtorno e define em sua última Classificação Internacional de Doenças – CID-10 essa condição como transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas geradoras de alterações do funcionamento normal da pessoa, sendo a classificação feita de acordo com o tipo de substância em uso.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (2014) elaborado e publicado pela Associação Americana de Psiquiatria é uma referência mundial, similarmente à CID da OMS, descreve a característica principal de um transtorno por uso de substâncias como a presença de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que assinalam o uso contínuo e abusivo apesar de estarem presentes problemas significativos relacionados a tal uso.

Entende-se, também, que transtornos por uso de substâncias são decorrentes de alterações de circuitos neuronais cerebrais (DSM-5).

Como uma forma de auxiliar na compreensão da dependência química o DSM-5 indica critérios que a definem e que se agrupam em: *controle, deterioração social, uso arriscado e critérios farmacológicos*.

Critério 1. O baixo controle no uso de substâncias se refere ao consumo de maiores quantidades da substância e por um longo período de tempo além do desejado.

Critério 2. O indivíduo pode desejar parar de fazer uso ou diminuir a quantidade consumida sem sucesso.

Critério 3. O indivíduo pode gastar muito tempo para buscar a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos.

Critério 4. O desejo intenso (fissura) se manifesta em qualquer momento.

Critério 5. O prejuízo social se manifesta pela impossibilidade de cumprir com suas principais obrigações na família, na escola, no trabalho.

Critério 6. O indivíduo, sabendo dos efeitos nocivos do uso da substância continua com seu uso.

Critério 7. Refere-se ao abandono, por parte do indivíduo, de suas atividades importantes da sua vida tais como ocupacional, familiar, recreativa e dedica todo seu tempo à busca e uso da substância.

Critério 8. Um terceiro agrupamento de critérios diagnósticos se refere ao uso arriscado da substância. O uso persistente, apesar de saber que já apresenta riscos para si em situações específicas - como dirigir um veículo sob efeito da substância.

Critério 9. Refere-se ao fracasso do indivíduo em parar de usar a substância apesar do problema que ela está causando.

Critério 10. Os critérios farmacológicos a serem identificados para diagnosticar dependência química são a tolerância e a abstinência. A tolerância é um critério farmacológico e consiste na necessidade de consumir uma quantidade maior para obter o mesmo efeito.

O grau de tolerância depende muito do indivíduo e da própria substância.

Critério 11. Consiste na abstinência como elemento da maior importância para o diagnóstico da dependência química.

A abstinência é um conjunto de sinais e sintomas decorrentes da diminuição da concentração da substância no sangue e tecidos em indivíduos que vinham fazendo uso de grandes quantidades da substância. Para aliviar tais sintomas o indivíduo passa a fazer uso dela novamente. A abstinência do álcool é a mais frequentemente encontrada nos serviços de saúde. Nem todas as substâncias geram abstinência.

3.1. TRANSTORNOS INDUZIDOS POR SUBSTÂNCIAS

O consumo de substâncias pode induzir alterações anatomofisiológicas e comportamentais de quem faz uso abusivo. Uma abordagem mais abrangente desta temática inclui leituras no campo da Toxicologia Humana que oferece conceitos poucas vezes lembrados na prática diária em serviços de saúde mental, tais como: Intoxicação e Abstinência.

3.1.1. Intoxicação

A complexidade da dependência química envolve a Toxicologia Humana. A toxicologia clínica e a toxicologia farmacológica constituem ramos da ciência que abordam a estrutura química, a exposição, as vias de contato da substância com os seres vivos, a forma como se distribuem no organismo, as ações, os efeitos e as respostas fisiológicas do organismo vivo à presença da substância. A toxicologia geral é uma ciência multidisciplinar por receber colaborações de outras ciências (Saúde, governo do Paraná ,2015)

No presente trabalho interessa mencionar a toxicologia farmacológica que estuda os efeitos biológicos e os mecanismos de ação das substâncias e a toxicologia clínica que aborda a sintomatologia, o diagnóstico e o tratamento como ramos da toxicologia geral que contribuem para o entendimento da intoxicação por substâncias psicoativas

Dependendo da concentração no sangue e nos tecidos uma substância pode ter maior ou menor grau de toxicidade. A toxicidade é a capacidade de uma substância produzir efeitos prejudiciais ao organismo vivo (<http://ltc.nutes.ufrj.br/toxicologia/mIII.area.htm>).

Diariamente nos deparamos, nos serviços de saúde, com pacientes que, por diversos motivos, entram em contato com substâncias de forma acidental ou proposital ao ponto de serem intoxicados e com suas vidas ameaçadas.

Pacientes em estado de intoxicação são frequentes nos serviços de urgência/emergência e ocasionalmente nos CAPS. Eles configuram uma situação que exige pronto atendimento por profissionais altamente treinados e vinculados a uma rede eficiente em virtude da complexidade da abordagem e do acompanhamento posterior em especial quando estamos frente a um abuso consciente da substância como é o caso dos dependentes químicos e dos suicidas.

Cada substância produz efeitos, geralmente reversíveis, específicos de cada uma e as mudanças comportamentais ou psicológicas presentes em quem a consumiu são atribuídas aos efeitos fisiológicos da substância sobre o sistema nervoso central (DSM-5, 2014).

Os profissionais que atendem estes pacientes devem ter o conhecimento, além do clínico e farmacológico, de que estas intoxicações são frequentes em indivíduos com transtornos mentais. Devem saber, também, que os efeitos no sistema nervoso central permanecem mais tempo do que a substância no organismo. Todo este conhecimento é necessariamente compartilhado pelos profissionais que atuam nestes serviços como forma de obter melhores resultados e deve fazer parte da formação deles.

Os quadros clínicos de intoxicação são específicos de cada substância, atuando sobre o sistema nervoso central, porém todas elas produzem alterações comportamentais ou

psicológicas significativas ou desadaptativas tipo: agressividade, humor instável, julgamento prejudicado além de sinais e sintomas que indicam prejuízo neurológico como fala arrastada, incoordenação motora instabilidade na marcha. Dependendo da dose da substância a pessoa pode evoluir para estupor ou coma (DIEHL, 2011).

3.1.2. Abstinência

É uma síndrome clínica que acontece em indivíduos que vinham fazendo uso abusivo por longo tempo de uma substância e, por alguma razão, a concentração da substância no sangue ou nos tecidos diminui. Esta situação é diferente da intoxicação.

O grau de gravidade da abstinência assim como os sintomas dependem do tipo de substância, do tempo de consumo assim como das quantidades consumidas. Para algumas substâncias não foi possível identificar sinais e sintomas de abstinência (fenciclidina e alguns alucinógenos). Os quadros clínicos de abstinência são frequentes nos serviços de saúde e, a gravidade dos sintomas apresentados orientam o tratamento e o local onde a pessoa será atendida. Classicamente a abstinência constitui uma síndrome (conjunto de sinais e sintomas) denominada, no caso do álcool, de Síndrome de Abstinência Alcoólica – SAA.

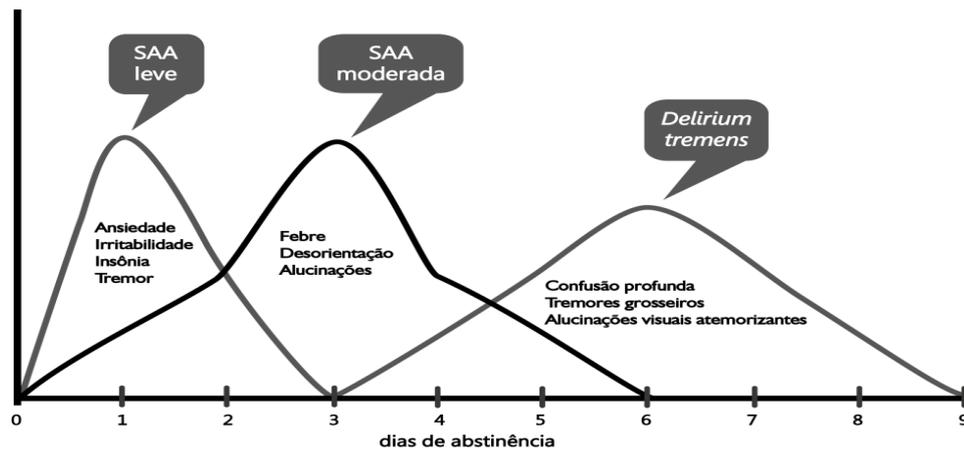
O exemplo de abstinência a seguir refere-se àquela vinculada a dependência alcoólica por ser a mais freqüente e conhecida. Nela podem ser identificados três graus de gravidade: Leve, Moderada e Grave. A SAA grave constitui o denominado *Delirium tremens*, situação de máxima gravidade e elevado risco de morte e frequente nos serviços de urgência/emergência.

A SAA é um conjunto de sinais e sintomas que surgem nas primeiras 6 a 8 horas após a suspensão ou a diminuição da ingestão de bebida alcoólica, sendo o tempo e a quantidade de consumo diretamente proporcionais à gravidade da sua apresentação (DIEHL, 2011, p 135).

A abstinência resulta de uma reação do sistema nervoso autônomo à presença da substância que se inicia com sintomas de desconforto físico e psíquico evoluindo para ansiedade, tremores, taquicardia, insônia, alterações do humor.

A SAA pode evoluir para um estado clínico grave com confusão, desorientação, delírios, alucinações visuais, torpor, coma e, eventualmente morte (Fig. 1).

Figura 1 - Gravidade e Duração dos Sinais e Sintomas da SAA



Fonte: FREELAND et al. (1993)29(D) in Projeto Diretrizes-ABP-Abuso e dependência de álcool.

Tanto a intoxicação como a abstinência constituem emergências clínica- psiquiátricas por precipitarem, além de sintomatologia clínica descrita, diversos sintomas mentais: ideação e tentativa de suicídio e homicídio, agitação psicomotora, síndromes psicóticas, maníacas e depressivas. (QUEVEDO, SCHMITT & KAPCZINSKI, 2008).

3.2. O SISTEMA DE RECOMPENSA CEREBRAL

Para aumentar a complexidade do entendimento da dependência química os avanços científicos na área da neurobiologia contribuem com os conceitos de neurotransmissores, neurorreceptores, e sistema de recompensa cerebral que pretendem explicar como as substâncias psicotrópicas atuam no cérebro e desenvolvem dependência química.

Esta nova abordagem contribui com as idéias de reprogramação de circuitos neuronais que processam a motivação, os comportamentos, a memória, o condicionamento, o funcionamento executivo e o controle inibitório (DIEHL, 2011).

3.3. ETIOLOGIA - MODELOS TEÓRICOS

Etiologia é o estudo ou ciência das causas. No ramo da biologia, a etiologia se preocupa com as causas das doenças (AURÉLIO). Modelos etiológicos são construções teóricas que nos permitem refletir melhor sobre a realidade e pretendem explicar, guiar e observar os fenômenos que ocorrem na natureza.

Para este trabalho entende-se modelo etiológico como uma construção teórica que pretende explicar a dependência química a partir de suas supostas causas (HESSELBROCK, HESSELBROCK & EPSTEIN, 1999)

Os modelos etiológicos sobre dependência química pretendem explicar os motivos que levam a uma pessoa a fazer uso de uma substância psicoativa pela primeira vez, do consumo persistente ou ocasional, do aparecimento do uso nocivo e as condições que fazem com que a dependência se estabeleça (DIEHL,2011).

Diversas formas de explicar a dependência química foram elaborados com as mais diversas abordagens. Mencionamos aqueles que tiveram maior repercussão (DIEHL, 2011).

Modelo moral: foi a primeira e mais antiga tentativa de explicar e controlar o consumo exagerado de substâncias. Segundo este modelo a pessoa que fazia uso excessivo estava violando, conscientemente, regras sociais, e, portanto passível de ser castigado. Este modelo assinala o usuário de substâncias como irresponsável e o uso abusivo como um desvio moral.

Modelo da temperança surge no século XVIII a partir das ideias de Benjamin Rush e de Thomas Trotter de que o uso abusivo era consequência de uma perda de controle e que era uma escolha pessoal. Afirmavam também de que a substância passava a ter o controle sobre a vontade da pessoa.

Modelo biológico que se fundamenta em alterações orgânicas conseqüentes ao uso de substâncias e sugere uma predisposição genética. A explicação neurobiológica inserida neste modelo explica o comportamento aditivo como análogo ao mecanismo da aprendizagem e pela plasticidade sináptica (JONES & BONCI, 2005)

Modelos psicológicos. A teoria que fundamenta estes modelos está focada no indivíduo. A explicação psicanalítica entende que a dependência química decorre de um desenvolvimento anormal da personalidade. O consumo de substâncias aparece como uma tentativa do indivíduo em aliviar frustrações decorrentes da falta de habilidade para enfrentar a realidade. (DIEHL, 2011)

As teorias comportamentais entendem que a dependência é resultado de comportamentos estruturados a parti da presença estímulos específicos: reforços positivos e reforços negativos.(OMS, 2004)

Atualmente, o modelo com maiores evidências e que vem se fortalecendo é o modelo biopsicossocial ou modelo de saúde pública que correlaciona o indivíduo, o ambiente e a substância psicoativa. Fatores como controle, aprendizado social, estados biológicos e psicológicos são levados em conta. O modelo considera, também, fatores de proteção e fatores de riscos (DIEHL,2011)

Esta complexidade de modelos existentes ainda em nossa prática desencadeia um debate conceitual ao mesmo tempo, enriquecedor e prejudicial dependendo do posicionamentos de quem aborda esta problemática. Não existe uma abordagem melhor do que outra para o tratamento da dependência química, mas sim formas de abordar esta questão se levarmos em conta o indivíduo, suas peculiaridades e as próprias das equipes de saúde.

4. A INTERDISCIPLINARIDADE EM CAPS AD III

O abuso e a dependência química de substâncias psicoativas constituem grave problema biopsicossocial que impacta fortemente na sociedade. Tanto as causas como os fatores mantenedores e as conseqüências do abuso de substâncias são diversas e interagem entre si de tal forma que, em conjunto, constituem um problema complexo que não se resolve de forma simples ou adotando um único modelo explicativo criado para enfrentar tal complexidade.

No caso específico da atuação dos profissionais da saúde, a Política Nacional sobre Drogas em suas Diretrizes (2005) orienta para o trabalho interdisciplinar e multidisciplinar, a articulação e integração em rede das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos e reinserção social e ocupacional.

A estruturação dos serviços se baseia nas portarias do Ministério da Saúde que foram oficializadas para nortear a construção dos aparelhos denominados CAPS em consonância com todos os outros serviços de atenção à saúde, incluindo urgências e emergências que todos juntos compõem a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, Portaria nº 3088, de 23/12/2011 do MS.

É importante ressaltar que essa rede precisa estar coesa em suas atividades e embora possua recurso humano diverso, esses profissionais precisam trabalhar de forma interdisciplinar na busca de atender o usuário com qualidade, possibilitando melhores resultados no trabalho proposto.

O CAPS Ad III Samambaia existe há cerca de dois anos e foi implantado pela necessidade, constatada por dados estatísticos de alto índice de violência social e doméstica além de comorbidades gerais relacionadas com o uso abusivo e dependência química de Álcool, Crack e outras drogas diagnosticadas em todas as áreas de atendimento médico nas áreas de Ortopedia, Clínica médica, Cirurgia geral, Obstetrícia e Pediatria.

O Inquérito epidemiológico domiciliar sobre uso de substâncias psicotrópicas no Brasil em 2005 é um estudo descritivo de prevalência realizado em 108 cidades inclusive no Distrito Federal que revelou uma realidade preocupante: o elevado consumo de drogas lícita e ilícitas na vida dos entrevistados (GALDURÓZ et al, CEBRID. 2005).

Figura 2 - Prevalência de uso na vida de substâncias psicoativas no Distrito Federal

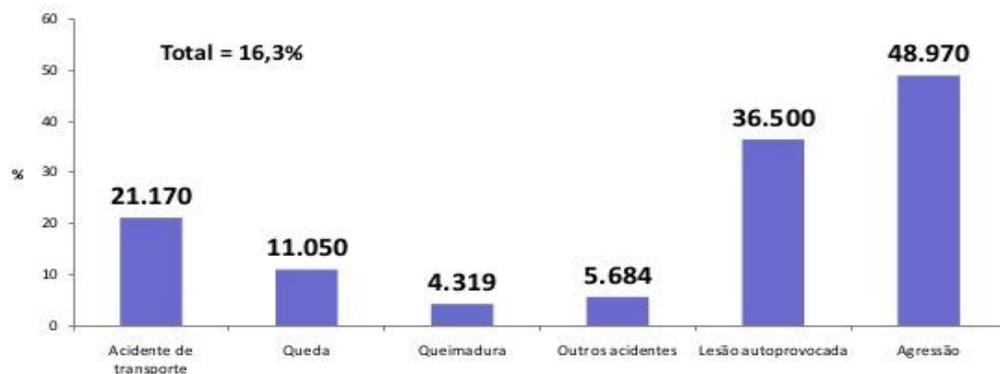
Tipo de droga	%
Qualquer droga, exceto Tabaco e álcool	23,0
Alcool	65,2
Solventes / Inalantes	15,5
Substancias energizantes	12,
Maconha	5,9
Benzodiazepinicos	4,1
Anfetaminas	3,7
Cocaína	2,0
Anticolinérgicos	1,2
Esteroides anabolizantes	1,0
Crack	0,7

Fonte: GALDURÓZ et al., CEBRID. (2005).

Soma-se a estes dados a mortalidade proporcional por causas externas no Distrito Federal de 2002 a 2007 de 9932 casos (17%) com 868 óbitos por lesões autoprovocadas. Dados fornecidos pelo Observatório de Violências NESP/UNB, números estes que expressam situações relacionadas com o uso de substâncias psicoativas.

Esta realidade leva os governos regionais a investirem recursos na prevenção, no tratamento de crises e na recuperação daqueles que fazem abuso de drogas.

Consumo* de bebida alcoólica entre atendimentos por acidentes e violências, em serviços sentinelas de urgência e emergência, segundo tipo de atendimento – em capitais e Distrito Federal, 2011



*Declaração ou suspeita entre pacientes ≥ 18 anos de idade.



Fonte <http://pt.slideshare.net/MinSaude/sistema-de-vigilancia-de-violencias-e-acidentes>

Esta realidade leva os governos regionais a investirem recursos na prevenção, no tratamento de crises e na recuperação daqueles que fazem abuso de drogas.

Estes dados resultaram do estudo realizado pelo programa do Ministério da Saúde - VIVA (Vigilância de violência e acidentes) - em 71 hospitais públicos de todo o país que fazem atendimento de urgência/emergência. Os dados foram publicados em fevereiro de 2013.

O modelo de CAPS AD III no atendimento de usuários de álcool, crack e outras drogas, vem ao encontro das políticas nacionais e regionais de enfrentamento desta realidade social e implica em funcionamento de unidade de atendimento de forma ininterrupta – todos os dias da semana durante 24 horas.

A implantação destas unidades para assistir os usuários de álcool e outras drogas na busca de controle dos problemas relacionados, foi necessária no Distrito Federal e, por esse motivo o CAPS AD III Samambaia foi criado e apresenta-se, nesse momento, ainda em fase

de organização do serviço, enfrentando os desafios e aprendendo a arte de melhor acolher para cuidar com humanidade, integralidade e longitudinalidade que são os princípios do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Antes de aprofundar devidamente a questão do abuso do consumo de álcool e outras drogas, faz-se necessário discutir nossa compreensão sobre saúde, que é a base para todas as reflexões aqui registradas. Essa discussão é fundamental porque sustenta ao mesmo tempo os debates acerca das drogas e as análises sobre a metodologia dos tratamentos propostos.

Tem se tornado comum o discurso sobre as lógicas operantes em saúde nos tempos atuais. De fato, lançar um olhar sobre as práticas de saúde a partir desse referencial, facilita a compreensão de sua condição no século XXI.

Os sistemas de saúde do mundo ocidental, incluindo o Brasil, têm sido questionados por sua dependência em relação a um modelo assistencial individualista, com ênfase na dimensão curativa da doença, além dos elevados custos e da baixa efetividade.

Acompanhando esse raciocínio, identificamos nesse conceito de modelo assistencial individualista o que chamamos de lógica curativa. Esta se justifica pela existência das doenças e enfermidades de uma forma geral, sendo necessária como prática objetiva frente às penúrias urgentes e emergentes em saúde. Contudo, também é predominante como única forma de acesso à saúde, especialmente nos países em desenvolvimento e justamente aí reside o seu problema.

Outra lógica no saber - fazer saúde é a da prevenção. Muito se tem avançado nas práticas preventivas em saúde no Brasil. As estratégias nesse sentido resultaram na erradicação de diversas doenças por meio da vacinação, a maior representante dessa lógica. Vale destacar, também, que a prevenção tem sido utilizada em âmbitos da vida cotidiana que inicialmente não dizem respeito ao contexto da saúde, todavia, em uma análise mais atenta, têm tudo a ver com ela.

É o caso das campanhas contra a violência no trânsito, ou das atuações na segurança do trabalho, bem como a atuação da SENAD com relação aos cursos como o SUPERA oferecido aos profissionais da saúde, ou o curso de prevenção de problemas relacionados com o uso de álcool e outras drogas oferecido aos profissionais da educação.

Portanto, as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações.

Assim, acerca dessa lógica que identificamos, torna-se evidente que a ampliação do conceito de saúde é inerente ao avanço significativo enquanto prática resolutiva, contudo, ainda está presente o fantasma da doença ou das enfermidades, sendo estas o foco das ações preventivas e não a saúde propriamente dita.

Nessa esfera de raciocínio, partindo das análises críticas sobre os outros modelos de saúde, surge a lógica de promoção da saúde. Sua novidade reside na observação dos determinantes da saúde, ampliando uma compreensão individualizante destes, para aspectos coletivos, sociais e culturais. Ganha força a ideia de promover saúde, e não apenas de curar a doença, emergindo daí os conceitos de vigilância em saúde, políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis, articulados à noção de promoção de saúde pela mudança das condições de vida e de trabalho da população.

A partir dessa nova posição sobre as questões da saúde, não apenas as práticas nessa área tiveram que evoluir, mas também o próprio conceito sobre o que é saúde. Dessa forma, ela passa de um estado temporário e/ou desejável de ausência de doenças para uma característica dinâmica construída no marco da vida cotidiana (OMS, 1986). Assim a saúde é vista como processo e como um bem em construção.

A promoção da saúde é um desafio às Políticas Públicas sob quaisquer perspectivas na sociedade brasileira. No que tange aos problemas relacionados ao abuso do consumo de álcool e outras drogas não é diferente. De fato, é mais correto afirmar que nesse contexto a promoção da saúde encontra entraves específicos, a começar pelos mitos e distorções no entendimento sobre o que são as drogas, seus efeitos, seu papel na sociedade e como devemos trabalhar acerca delas.

Crenças desenvolvidas nos meios sociais como “Fumar maconha causa impulsos assassinos”; “Crack na gravidez deforma os bebês”; “O ecstasy mata neurônios”; “O óxi existe” ou “Maconha nunca faz mal” circulam livremente na sociedade.

Em grande parte, podemos atribuir a construção desses mitos ao papel das disputas ideológicas, religiosas e políticas existentes há séculos e que ao longo da história têm camuflado o verdadeiro lugar das drogas em nosso desenvolvimento social, cultural e econômico.

Contudo, vale destacar que na atualidade outros cenários vêm se desenhando, com papel fundamental dos grandes meios de comunicação como principais reprodutores dos mitos sobre as drogas. Fica evidente que, na tentativa de entender a questão e abordá-la com a urgência que merece, as informações produzidas pelos meios de comunicação em massa, apropriadas e reproduzidas pela população em geral (a verdadeira construção de um senso comum) acabam por perder completamente o critério e embasamento técnicos e se atolam no extenso campo das especulações sem fundamento.

É nesse sentido que surgem e se reforçam preconceitos contra os usuários das drogas bem como diversas propostas de tratamento pautadas na abstinência total, no afastamento das drogas como proposta de desintoxicação (internações longas) e até mesmo a inclusão de elementos metafísicos como a espiritualidade entre seus principais fundamentos terapêuticos.

Em parte, esse contexto acrítico e acientífico se fortalece, conforme apontado anteriormente, justamente pela falta de uma metodologia mais criteriosa e eficiente. Isso abre espaço para a diversidade de interpretações que encontramos sobre o tema, especialmente concernente às formas de tratamento.

Aqui, entendemos que cabe aos CAPS ADs, legitimados pelo MS, o papel de ampliar o debate sobre métodos e tratamentos para pessoas convivendo com problemas decorrentes do abuso do consumo de álcool e outras drogas, pois são serviços da saúde mental “de comprovada resolubilidade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a essa atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde” (Ministério da Saúde, 2003, p. 25).

Ressaltamos que o CAPS AD III de Samambaia existe há dois anos e durante esse período tem promovido o atendimento à população referenciada buscando gradualmente um modelo de tratamento adequado às orientações ministeriais, todavia, adaptado à realidade local.

É importante ressaltar o esforço de toda a equipe, o comando gestor compartilhado que compõe o colegiado gestor, juntamente com o gestor da unidade, para realizar esse trabalho de assistência aos usuários de álcool e outras drogas na busca do exercício da interdisciplinaridade nos planejamentos das ações e na atuação diária de cada profissional da equipe, no exercício individual de suas funções embasados pelo ideal do grupo.

Os profissionais atuantes nestas unidades de atendimento se organizam em equipes multidisciplinares – psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, farmacêutico, médico clínico, médico psiquiatra, pedagogo, educador físico, técnico administrativo e técnicos de enfermagem trabalhando na interdisciplinaridade segundo a Portaria 130, de 26 de janeiro de 2012 do MS.

Estes profissionais que constituem as equipes técnicas necessitam compartilhar informações, serem coordenados, estarem treinados especificamente para acolher e acompanhar pacientes da saúde mental. Os procedimentos destas equipes devem ser orientados para alcançar os melhores resultados possíveis com estes pacientes e seus familiares.

A eficácia e a eficiência destas equipes depende das competências desenvolvidas na vida profissional de cada um destes profissionais que deveriam chegar ao CAPS AD III após atuação na área da saúde mental e/ou com treinamento específico para atuarem nesta área da saúde pública. Some-se a estes pré-requisitos mínimos o desenvolvimento de habilidades para trabalharem em equipes multidisciplinares com a lógica da interdisciplinaridade.

O trabalho de equipe constituída com profissionais de diversas áreas atuando de forma multiprofissional sem um objetivo comum pode prejudicar os resultados do tratamento de pacientes em situação de dependência química em função do parcelamento, do mecanicismo e do reducionismo a áreas estanques do conhecimento.

Com a reforma psiquiátrica no Brasil, a organização institucional e jurídica que regulam a prática dos trabalhadores vinculados às Políticas Públicas sobre álcool e outras drogas passaram a se embasar diretamente nos princípios da desinstitucionalização.

Nesse contexto, o processo de transição entre o modelo anterior e essa nova forma de atuar, pautada especialmente na atenção psicossocial e nos cuidados de saúde em detrimento da priorização da abstinência, tem se dado de maneira polêmica, mas progressiva e contínua, com o zelo de ser prudente para evitar abortamento do processo de construção.

Além do campo de conflitos políticos, a saúde mental também se apresenta como palco de debates científicos, ideológicos e econômicos (Sistema Único de Saúde, 2010). É nesse sentido que em uma análise mais específica destacamos a política dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), particularmente aqueles voltados para problemas relacionados ao abuso do consumo de álcool e outras drogas, portanto, os CAPS ADs.

Algumas críticas aos CAPS, produzidas durante a Reforma Psiquiátrica, se não fortalecidas para o seu enfrentamento e superação, poderão expor os serviços ao risco de sua deslegitimação social.

Pelo fato de serem os CAPS ADs os principais representantes do Ministério da Saúde nessa nova forma de pensar e atuar sobre o tratamento para problemas relacionados a álcool e outras drogas, acreditamos que elaborar nossas análises nesse espaço de trabalho contribuirá com as Políticas Públicas.

O abuso do consumo de álcool e outras drogas tem se apresentado como um grande desafio para as disciplinas da saúde seja concernente às estratégias de prevenção dos riscos e doenças associados; seja acerca das metodologias de tratamentos; ou, ainda, na formulação das propostas de promoção da saúde para a população em geral. Em primeiro lugar, porque não se trata de um fenômeno isolado e contemporâneo como se tem abordado o tema a partir dos meios de comunicação tradicionais.

Antes, trata-se de um conjunto de comportamentos desenvolvidos histórica e culturalmente e que tem evoluído tecnologicamente no mesmo ritmo das sociedades humanas.

E em segundo lugar, porque a complexidade de suas implicações extrapola as fronteiras do público e do privado, representando, ao mesmo tempo, um problema da ordem da escolha e do desejo de cada pessoa e uma questão de natureza coletiva por suas manifestações sociais.

5. RESULTADOS

Os resultados obtidos nas pesquisas bibliográficas revelam os motivos pelos quais se busca exercitar as atividades durante o trabalho em CAPS AD de forma interdisciplinar, pois as inúmeras experiências de trabalhos de equipe multidisciplinar que funciona na interdisciplinaridade obtiveram resultados satisfatórios, melhores e mais consistentes.

A literatura e a prática de campo na área da saúde sobre interdisciplinaridade oferece uma estratégia que atende nossas expectativas. A apresentação dos artigos de ABUHAB et AL (2005), ALVES (2009), GOMES (1994), MEIRELLES et al (2011) e VILELA (2003) nos trazem experiências positivas de prática de interdisciplinaridade em seus serviços.

A complexidade que constitui a dependência química será prejudicada segundo Morin (2011), pela racionalização e a especialização do conhecimento que separa, fragmenta e comportamentaliza tal conhecimento e o afasta da contextualização. A especialização abstrai o objeto de estudo de seu contexto, o afasta de sua totalidade e corta as interações com o ambiente onde esse objeto se constituiu.

A dependência química não deve ser separada do contexto onde surgiu, logo, pensamos que o trabalho de equipes multiprofissionais que a isolam, não se constitui em uma metodologia adequada. Há necessidade de outra metodologia: a da interdisciplinaridade, mais abrangente e educadora.

Piaget (1973) trouxe para o setor da educação a ideia de interdisciplinaridade que foi amplamente discutida e posteriormente difundida em outros setores, inclusive na Saúde.

Vygotsky (1988), referindo-se à gênese do conceito, como categoria de análise, no desenvolvimento da criança, não faz referência direta à interdisciplinaridade, mas podemos contextualizar seus desenvolvimentos teóricos no âmbito do trabalho. O trabalho de uma equipe interdisciplinar será efetivo quando cada profissional compartilhe vivências, pensamentos e sentimentos no ambiente de trabalho. Para que isto aconteça deve haver comunicação verbal.

A fala entre os profissionais é indispensável e, para compreender a fala do colega de trabalho, não é suficiente entender as palavras – devemos compreender o seu pensamento e conhecer os significados, para depois emitir palavras.

Vygotsky elaborou uma sábia reflexão à respeito da comunicação quando escreveu :
A transmissão racional e intencional de experiências e pensamentos a outros requer um sistema mediador... a fala humana oriunda da necessidade de intercâmbio durante o trabalho. A função primordial da fala é a comunicação, o intercâmbio social.

No trabalho multidisciplinar, o fato de se trabalhar de forma estanque e focar nos resultados do processo, perde-se a consideração da percepção e a elaboração mental das informações reduzindo o aprendizado individual e social no ambiente de trabalho. O trabalho interdisciplinar é favorecido ao compartilhar experiências e pensamentos através da fala.

Quando falamos de trabalho interdisciplinar de equipes, estamos fazendo referência a uma forma de organização do trabalho, ou seja, uma forma de relação social entre trabalhadores. Segundo Dejours (1994) a organização do trabalho é uma forma de relação intersubjetiva que privilegia relações entre sujeitos e com o coletivo.

A interface trabalhador-trabalho não há de ser considerada unicamente técnica, unicamente cognitiva ou estritamente física. O trabalho de equipes interdisciplinares será mais eficiente quanto mais se desenvolver a intersubjetividade e a criação de um contexto intersubjetivo onde há também relações de solidariedade, de companheirismo, de formação, de aprendizado coletivo, de inclusão, de reconhecimento dos potenciais dos outros incluindo relações conflituosas.

Continuando com Dejours vemos no trabalhador da saúde, como todo trabalhador, um sujeito pensante que interage com seu ambiente e com seu objeto de trabalho. Este trabalhador pensa sua relação com o trabalho, interpreta sua realidade, suas condições de trabalho, produz intersubjetividade, reage afetiva, física e cognitivamente contribuindo para a construção e elaboração de suas relações no trabalho de forma mais efetiva na medida em que compartilha competências para um objetivo comum que não se limita ao produto final de seu trabalho, mas inclui sua aprendizagem e desenvolvimento.

Dejours de certa forma contribui para este estudo na medida em que nos mostra a necessidade e a capacidade que o profissional da equipe tem de construir sentido para o que ele faz e, esta construção ocorre em contextos coletivos complexos de intersubjetividade através da interdisciplinaridade.

Berger e Luckmann (1985) afirmam que a vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada, compartilhada e dotada de sentido. Para estes autores, a realidade da vida cotidiana apresenta-se como um mundo intersubjetivo, um mundo de intercâmbios, de comunicação entre as pessoas.

O conhecimento que temos do mundo é o conhecimento compartilhado naturalmente nas rotinas da vida comum, incluindo-se o ambiente de trabalho. O trabalho coletivamente construído e compartilhado tem maior função social na medida em que desenvolve o trabalhador como pessoa e alcança resultados superiores. O produto do trabalho coletivo, compartilhado, multidisciplinar, interdisciplinar é um mundo objetivado que contém significado para quem o construiu e para a sociedade.

Equipes interdisciplinares onde os profissionais participantes constroem a intersubjetividade e efetivam a comunicação conseguem criar sentido no que fazem e alcançam melhores resultados.

As idéias de Morin (1996), Japiassu (1976) e Minayo (1991) foram centrais na estruturação das estratégias do SUS valorizando a existência de múltiplas disciplinas dialogando entre si na busca de melhores resultados para a assistência à saúde do cidadão brasileiro.

Japiassu (1976) enfoca sua preocupação ao estreitamento a que chegou o saber na valorização das especialidades e faz suas críticas ao especialista que privatiza o espaço público em sua prática diária e não compartilha saberes e práticas no âmbito da saúde pública e propõe a interdisciplinaridade como estratégia de construção coletiva de um saber que vem ao encontro das reais demandas em saúde pública, onde os protagonistas interagem e integram conceitos da metodologia, dos procedimentos, das informações e da própria organização dos serviços.

Minayo (1991) por sua vez, em trabalho publicado em 1994, faz referência a Habermas (1994), sociólogo e filósofo que desenvolve a teoria crítica no campo da filosofia onde trabalha com a ideia do agir comunicativo. Minayo tenta trazer para o campo da saúde as ideias de Habermas que inicialmente se direcionavam à interdisciplinaridade nas ciências.

Para Habermas (in Ingram, 1994) a conduta operativa e a ação comunicativa representam dois aspectos diferentes da vida social: trabalho e linguagem. O trabalho é, para o filósofo, uma forma de satisfação das necessidades materiais e a linguagem uma forma de comunicação social que permite estabelecer sentido compartilhado e valor aos fatos.

Na vida cotidiana, as pessoas coordenam suas ações em torno da definição de ações consideradas normais e que surgem como ações comunicativas. A ação comunicativa somente ocorre quando as pessoas procuram chegar a um acordo voluntário de modo a poder cooperar para uma determinada ação ou tarefa. Ao falar, as pessoas interagem, a intersubjetividade se manifesta através da expressão de suas intenções como, por exemplo, compartilhar informações sobre o que estão fazendo ou pretendem fazer.

No trabalho de profissionais da saúde este compartilhar informações pressupõe a necessidade de coordenação estratégica de suas ações redundando em um trabalho mais eficiente. Habermas declara que o principal meio de cooperação nas atividades diárias é a ação comunicativa. Esta forma de trabalhar compartilhando experiências e cooperando constrói a confiança mútua entre as pessoas, o que para nosso tema constitui um trabalho interdisciplinar ao ser aplicado ao trabalho dos diferentes profissionais dos CAPS.

Buber (1985), filósofo austríaco, em suas publicações filosóficas, deu ênfase a sua ideia de que não há existência sem comunicação e diálogo, e que os objetos não existem sem que haja uma interação com eles.

O homem nasce com a capacidade de interrelacionamento com seu semelhante, ou seja, a intersubjetividade. Intersubjetividade é a relação entre sujeito e sujeito e/ou sujeito e objeto. O relacionamento, segundo Buber, acontece entre o Eu e o Tu, e a interrelação envolve o diálogo, o encontro e a responsabilidade.

Um grupo não se define pela simples proximidade ou soma dos seus membros segundo nos informa Lewin (1978), mas como um conjunto de pessoas interdependentes. É neste sentido que o grupo constitui um organismo e não um agregado ou uma coleção de indivíduos sem qualquer vínculo entre si.

Avançando na visão de uma possível evolução estrutural e funcional da reunião de pessoas, partindo de um agregado de pessoas (reunião ao acaso de pessoas) como o grupo (p.ex. uma fila no caixa do banco com objetivo comum de pagar algo) todos eles se reúnem de forma totalmente aleatória e dificilmente voltarão a se encontrar.

De forma diferente uma equipe é uma reunião de pessoas, que dividem um mesmo espaço, interagem durante um tempo prolongado, têm um mesmo objetivo de trabalho, recebem instruções, cada um dos integrantes contribui com seus saberes e competências específicas e são coordenados. Estamos fazendo referência a uma equipe multiprofissional, como por exemplo, a que é constituída pelos profissionais que atuam em serviços de saúde.

Avançando na evolução dos grupos de trabalho encontramos a equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar. A diferença está na interdisciplinaridade.

Para Piaget (1973), o interdisciplinar depende do estabelecimento de problemas gerais e mecanismos comuns. As trocas implicam em relações que consideram as estruturas, funções e sinais, bem como implicam em comportamentos relacionados à abstração reflexiva que explicitam e explicam as interações entre o sujeito e o objeto.

5. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nas pesquisas bibliográficas revelam os motivos pelos quais se busca exercitar as atividades durante o trabalho em CAPS AD de forma interdisciplinar, pois as inúmeras experiências de trabalhos de equipe multidisciplinar que funciona na interdisciplinaridade obtiveram resultados satisfatórios, melhores e mais consistentes.

A partir da reflexão anteriormente apresentada é possível concluir que abordar a dependência química significa discutir sua complexidade, as formas como ela se apresenta nos usuários e as estratégias de abordagem focadas no trabalho de equipes profissionais multidisciplinares atuando de forma interdisciplinar.

A revisão da literatura nos mostra uma realidade complexa que exige, para sua compreensão, a adoção de um pensamento complexo que nos leve a práticas adequadas. Assim, a dependência química como fenômeno biopsicossocial que afeta os indivíduos também se nos apresenta como um evento complexo onde o biológico interage com o psicológico e o ambiente.

O exame de experiências de sucesso no âmbito da saúde reforça as evidências de que a abordagem interdisciplinar é uma via possível para entender e trabalhar com equipes multidisciplinares de profissionais dentro da lógica interdisciplinar.

O acolhimento de pessoas em situação de dependência química por uso abusivo de substâncias psicoativas nos coloca ante esta realidade complexa onde o paciente, sua história, sua família, sua realidade psíquica e social e a formação dos profissionais, as estratégias de trabalho e os próprios recursos oferecidos pelo sistema de saúde interagem. Como abordar uma situação destas sem desenvolvimento teórico e prático adequado e sem uma dinâmica grupal das equipes multidisciplinares que permita o desenvolvimento de novos conhecimentos e práticas para melhor atender?

Os resultados obtidos nas pesquisas bibliográficas revelam os motivos pelos quais se busca exercitar as atividades durante o trabalho em CAPS AD de forma interdisciplinar, pois as inúmeras experiências de trabalhos de equipe multidisciplinar que funciona na interdisciplinaridade obtiveram resultados satisfatórios, melhores e mais consistentes.

Todos os pensadores deste tema interdisciplinaridade que foram citados neste trabalho, juntamente com os artigos pesquisados compõem um quadro de citações positivas com relação à ideia central da importância de se trabalhar em equipe de forma interdisciplinar. Então, os resultados confirmam o pensamento inicial da valorização desse formato de funcionamento de equipes em CAPS.

Especificamente citando aqui o CAPS AD III Samambaia podemos afirmar que esta unidade busca desde sua implantação desenvolver o trabalho de assistência aos dependentes de álcool e outras drogas dentro das premissas definidas nas portarias do MS citadas em anexo neste trabalho, com a ideia central de estruturar o trabalho realizado por uma equipe multidisciplinar na lógica da interdisciplinaridade.

Toda a literatura apresentada neste trabalho traz a ideia comum da importância da prática da interdisciplinaridade em todos os serviços constituídos por equipe multiprofissional tanto na educação como na saúde e outras áreas como nos revelam Piaget, Vygotsky, Morin, Dejours, Minayo que cita Habermas, Japiassu, Buber, Lewin e vários outros; todos nos mostrando com suas citações que o conhecimento humano é construído a partir das interações entre as pessoas.

De forma consensual todos os autores exprimem o valor de grupos heterogêneos que comungam conhecimentos em prol de objetivos comuns sem jamais desistir de manter o trabalho em equipe no formato da interdisciplinaridade, com o intuito de reduzir estresse e principalmente pela possibilidade de se conseguir resultados melhores.

Os vários serviços que conquistaram bons resultados nesta área de CAPS auxiliam com seus exemplos e modelos de funcionamento com base na interdisciplinaridade para o sucesso dos serviços prestados por equipes multidisciplinares à essa clientela específica que necessita muito desse investimento na formação dos profissionais.

Citamos em nossa referência artigos que descrevem serviços em funcionamento em várias cidades brasileiras que trabalham nessa perspectiva da interdisciplinaridade, inclusive além dos CAPS, também vários outros serviços da Atenção Primária que desenvolvem trabalho por equipe multiprofissional foram pesquisados e todos em consenso concluem bons resultados desta forma de se trabalhar em equipe.

Contextualizando diríamos que a interação e a interação de todos os profissionais que atuam em um CAPS AD III constitui a interdisciplinaridade necessária para abordar de forma adequada e efetiva a dependência química dos pacientes, essa condição tão complexa descrita neste trabalho, trazendo discursos de vários autores que expressam a credibilidade neste formato de funcionamento do serviço para a conquista de melhores resultados na abordagem dos problemas apresentados pelos usuários deste serviço, além de promover o próprio desenvolvimento dos profissionais na prática do trabalho coletivo coordenado.

Com a reforma psiquiátrica no Brasil, a organização institucional e jurídica que regulam a prática dos trabalhadores vinculados às Políticas Públicas sobre álcool e outras drogas passaram a se embasar diretamente nos princípios da desinstitucionalização.

Nesse contexto, o processo de transição entre o modelo anterior e essa nova forma de atuar, pautada especialmente na atenção psicossocial e nos cuidados de saúde em detrimento da priorização da abstinência, tem se dado de maneira polêmica, mas progressiva e contínua, com o zelo de ser prudente para evitar abortamento do processo de construção.

Além do campo de conflitos políticos, a saúde mental também se apresenta como palco de debates científicos, ideológicos e econômicos (Sistema Único de Saúde, 2010). É nesse sentido que em uma análise mais específica destacamos a política dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), particularmente aqueles voltados para problemas relacionados ao abuso do consumo de álcool e outras drogas, portanto, os CAPS ADs.

Algumas críticas aos CAPS, produzidas durante a Reforma Psiquiátrica, se não fortalecidas para o seu enfrentamento e superação, poderão expor os serviços ao risco de sua deslegitimação social.

Pelo fato de serem os CAPS ADs os principais representantes do Ministério da Saúde nessa nova forma de pensar e atuar sobre o tratamento para problemas relacionados a álcool e outras drogas, acreditamos que elaborar nossas análises nesse espaço de trabalho contribuirá com as Políticas Públicas.

O abuso do consumo de álcool e outras drogas tem se apresentado como um grande desafio para as disciplinas da saúde seja concernente às estratégias de prevenção dos riscos e doenças associados; seja acerca das metodologias de tratamentos; ou, ainda, na formulação das propostas de promoção da saúde para a população em geral. Em primeiro lugar, porque não se trata de um fenômeno isolado e contemporâneo como se tem abordado o tema a partir dos meios de comunicação tradicionais.

Antes, trata-se de um conjunto de comportamentos desenvolvidos histórica e culturalmente e que tem evoluído tecnologicamente no mesmo ritmo das sociedades humanas.

E em segundo lugar, porque a complexidade de suas implicações extrapola as fronteiras do público e do privado, representando, ao mesmo tempo, um problema da ordem da escolha e do desejo de cada pessoa e uma questão de natureza coletiva por suas manifestações sociais.

6- CONCLUSÃO

A partir do objetivo elencado neste estudo, realizou-se análise de artigos e textos de autores que se dedicaram ao tema da interdisciplinaridade. Na análise da literatura pesquisada constatou-se que a interdisciplinaridade em CAPS AD III é possível e essencial para a atuação das equipes multidisciplinares que se organizaram de acordo com as diretrizes do Saúde Mental alinhadas aos princípios do SUS em busca de assistir os usuários de álcool e outras drogas.

A atenção à preparação das equipes no sentido de atuar de forma interdisciplinar garante melhores resultados e reduz o estresse desses profissionais. Essa é uma ação gerencial que necessita desenvolver treinamentos, essenciais para o crescimento profissional dos membros da equipe, e o fortalecer os encontros semanais desses profissionais nas chamadas reuniões de equipe onde, a fala e a comunicação dos profissionais, de forma compartilhada, em torno do debate de questões acadêmicas, técnicas e administrativas, se pratica uma interdisciplinaridade que ensina.

É durante estes encontros que se dá a troca dialógica; e a reciprocidade construída permanentemente propicia o crescimento mútuo dos profissionais. E desta forma acontece a interdisciplinaridade como nos apresentam todos os autores citados neste estudo e neles embasei-me para firmar e afirmar mais esta ideia sábia de que trabalho em grupo é promissor e vantajoso na obtenção de sucesso nas conquistas buscadas.

Um grupo que comunga ideais e que trabalha dentro de uma perspectiva de crescimento e qualidade do fazer, embasado por sentimentos de respeito e amor pelo outro, com certeza se protege; e dessa forma se fortalece em seus alicerces bancando uma estrutura invejável aos olhos da comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ABUHAB D., SANTOS A.B.A.P., MESSEMBERG.C.B., FONSECA R.M.G.S., ARANHA E.& SILVA A.L. **O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio.** Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 dez;26(3):369-80.
- ALVES, V.S. **Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ad).** 2009. 365f. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- AMARANTE P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
- BERGER, P.& LUCKMANN T. **A construção social da realidade. Tratado de Sociologia do Conhecimento.** Petrópolis, Vozes, 1985.
- BRASIL, MS, Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
- BRASIL,MS, Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012.
- BRASIL,MS. **Sistema de vigilância de violências e acidentes.** <http://pt.slideshare.net/MinSaude/sistema-de-vigilancia-de-violncias-e-acidentes>. 2013
- BUBER, M. **EU e TU.** 2ª ed. São Paulo: Editora Moraes, 1974.
- COSTA, R.P. **Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções;** Universidade Presidente Antônio Carlos – Brasil
- DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.
- DIEHL, A., CORDEIRO, C.C. & LARANJEIRA, R. **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas.** Porto Alegre, Artmed, 2011.
- DSM-5: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais/** Tradução: Maria Inês Correa Nascimento...et al. Revisão técnica: Aristides Valpato Cordioli – 5.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
- FORTUNATO, M.A.B. **Morbimortalidade por causas externas no Distrito Federal e Entorno, 2002 a 2007.** Dissertação de mestrado, apresentada a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB- Área de Concentração: Epidemiologia, Saúde e Educação. Orientador: Hamann, Edgar Merchan. 2009

- FREEDLAND, E.S. MCMICHEN, D.B. **Alcohol-related seizures, Part II: Clinical presentation and management**, J. Emerg Med 1993; 11:605-18 in http://projotodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/002.pdf (acessado 23.02.2015)
- GALDURÓZ, J.C.F., NOTO, A.R., FONSECA, A.M., CARLINI, C.M.A., . NAPPO, S.A., MOURA, Y.G.& CARLINI, E.A. **Catálogo de instituições que assistem crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras em 2004**, CEBRID. (2005).
- GOMES, R. & DESLANDES, S. F. **Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção**. Revista Latino-Americana Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, jan. 1994.
- HESELBROCK M.N, HESSELBROCK V.M, EPSTEIN, E.E. **Theories of Etiology of alcohol and other drug use disorders from Addictions a comprehensive guidebook**. Mc Crady B.S., Epstein E.E.Oxford University Press, New York, 1999
- INGRAM, D. **Habermas e a dialética da razão**. 2ª edição, Brasília, Ed. Universidade de Brasilia, 1994.
- JONES S., BONCI A. **Synaptic plasticity and drug addiction**. Curr Opin Pharmacol.2005 Feb;5(1):20-5
- JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago. 1976.
- LEMONS, G.S. **Interdisciplinaridade e pensamento complexo: dois caminhos da totalidade perdida**. In: II Seminário Nacional de Filosofia e Educação, 2006, Santa Maria, RS. Anais, 2006.
- LEWIN, K. **Problemas de dinâmica de grupo**. São Paulo: Cultrix, 1978.
- MEIRELLES, M.C.P.; KANTORSKI, LP. & HYPOLITO, A.M.: **Reflexões sobre a interdisciplinaridade no processo de trabalho de Centros de Atenção Psicossocial**, Rev. enferm. UFSM; 1(2): 282-289, maio-ago. 2011.
- MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Tradução: Andrea Caleffi e Claudia Dornelles. Porto Alegre: Atmed, 2001.
- MINAYO, M.C.S. **Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido**. Medicina, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 70 - 77, abr / jun., 1991.
- MINAYO, M.C.S. **Interdisciplinaridade: Funcionalidade ou utopia?** Rev. Saúde e Sociedade 3(2) 42-64, 1994.

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Portugal: Publicações Europa-América, s.d., 1996.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2005.

PIAGET, J. **Para onde vai a educação?** Rio de Janeiro: José Olympio, 1973.

QUEVEDO J, SCHMTT R.,KAPCZINSKI. **Emergências psiquiátricas**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed ,2008

RESOLUÇÃO GSIPR/CH/CONAD nº3 de 27 de outubro de 2005. Disponível em: <<http://obid.senad.gov.br/OBID/Portal/conteudo.jsp?IdPJ=4402&IdEC=6975>> [Acesso em fevereiro 2015].

SAÚDE, Governo do Paraná. (acesso em 30.03.15)
http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/zoonoses_intoxicacoes/Conceitos_Basicos_de_Toxicologia.pdf

VILELA, E.M. & MENDES, I.J.M. **Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico**. Rev Latino-am Enfermagem 2003 julho-agosto; 11(4):525-31.

VYGOTSKY, LS. **Pensamento e linguagem**. 2ª.ed São Paulo: Martins Fontes, 1988.